

Руслан Эдуардович КАЛИНИН,

аспирант кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медикостоматологического университета имени А. И. Евдокимова Минздрава России

salem48@mail.ru

111399, Россия, г. Москва, Федеративный проспект, д. 17

Евгений Христофорович БАРИНОВ,

профессор кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медикостоматологического университета имени А. И. Евдокимова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

ev.barinov@mail.ru

111399, Россия, г. Москва, Федеративный проспект, д. 17

Ярослава Владимировна КОМИССАРОВА,

доцент кафедры криминалистики Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), кандидат юридических наук, доцент

a5143836@yandex.ru

125993, Россия, г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 9

> © Р. Э. Калинин, Е. Х. Баринов, Я. В. Комиссарова, 2020

К ВОПРОСУ ОБ ОСПАРИВАНИИ ЗАЩИТНИКАМИ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ЭКСПЕРТОВ ПО ДЕЛАМ О ЯТРОГЕННЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ¹

Аннотация. Рассмотрены основные проблемы и трудности, возникающие при проведении комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз по делам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи. Авторы отмечают сложившийся в науке и практике плюрализм точек зрения относительно того, в каких учреждениях должны проводиться экспертизы данного вида и каким требованиям должны соответствовать члены экспертных комиссий. Делается акцент на том, что в первую очередь нужно разработать единую методику проведения экспертиз по указанной категории дел, которая будет нормативно закреплена и станет обязательной для всех экспертных учреждений. Подчеркивается потребность в соблюдении уже имеющихся на сегодняшний день правил проведения экспертизы. Приведен пример экспертной ошибки, допущенной вследствие нарушения существующих порядка и методики экспертной работы, повлекшей правовые последствия в виде обвинения врача без достаточных доказательств, в связи с чем суд возвратил уголовное дело прокурору. Ключевые слова: уголовное судопроизводство, судебная экспертиза, ятрогенные преступления, врачебные ошибки, дефекты оказания медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза, комиссия экспертов, заключение эксперта.

DOI: 10.17803/2311-5998.2020.75.11.148-157

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-29-14084.



R. E. KALININ,

postgraduate student

of the Department of forensic medicine and medical law of the Moscow state medical and dental University named of A. I. Evdokimov of the Ministryof health of Russia

salem48@mail.ru

111399, Russia, Moscow, Federativny prosp., 17

Ye. Kh. BARINOV,

Professor of the Department of forensic medicine and medical law of the Moscow state medical and dental University named of A. I. Evdokimov of the Ministry of health of Russia, Dr. Sci. (Medical), Professor

ev.barinov@mail.ru

111399, Russia, Moscow, Federativny prosp., 17

Ya. V. KOMISSAROVA,

Associated Professor of the Department of criminalistics of the Kutafin Moscow State Law University,
Cand. Sci. (Law), Associated Professor a5143836@yandex.ru

125993, Russia, Moscow, ul. Sadovaya-Kudrinskaya, 9

ON THE ISSUE OF DEFENSE LAWYERS CHALLENGING EXPERT OPINIONS IN CASES OF IATROGENIC OFFENSES

Abstract. The main problems and difficulties that arise when conducting Commission and complex forensic medical examinations in cases related to defects in the provision of medical care are considered. The authors note that there is a pluralism of views in science and practice regarding which institutions should conduct this type of expertise and what requirements should be met by members of expert commissions. The emphasis is placed on the fact that first of all it is necessary to develop a unified methodology for conducting expert examinations in this category of cases, which will be legally fixed and will become mandatory for all expert institutions. The need to comply with the existing rules for conducting expertise is emphasized. An example of an expert error made as a result of a violation of the existing procedure and methodology of expert work, which led to legal consequences in the form of charging a doctor without sufficient evidence, in connection with which the court returned the criminal case to the prosecutor.

Keywords: criminal proceedings, forensic examination, iatrogenic crimes, medical errors, defects in the provision of medical care, forensic medical examination, expert commission, expert opinion.





В последнее время судебно-медицинская экспертная деятельность в области так называемых «врачебных ошибок» оказалась под перекрестным огнем. Недовольство результатами экспертизы выражают все участники процесса и, если к недоверию потерпевших и правоохранительных органов эксперты уже успели привыкнуть, то огульная критика со стороны коллег, позиционирующих себя защитниками прав медицинских работников, стала весьма неожиданной.

Стремление ряда спикеров медицинского сообщества сместить главный акцент с проблемы юридической ответственности в сфере здравоохранения на судебно-медицинскую экспертизу выглядит не вполне обоснованным трендом, что становится ясно уже при первом приближении, так как истинные причины сложившейся ситуации лежат на поверхности и вполне очевидны.

Во-первых, надо сказать, что уголовные дела в отношении медиков в подавляющем большинстве случаев возбуждаются по заявлениям граждан, а не по инициативе следователей. Более того, зачастую движение дела также стимулируется жалобами потерпевшего или его представителя, так как следователи не горят желанием расследовать такие дела. Без заявления пациента или его родственников не проводится проверка и не возбуждается дело, а значит, не назначается экспертиза. То есть проблемы связаны с оказанием услуг пациентам, а не с производством судебно-медицинских экспертиз.

Во-вторых, массовые обращения граждан в правоохранительные органы и суды указывают на функциональную несостоятельность системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Контроль осуществляется и федеральными органами исполнительной власти, и органами здравоохранения субъектов РФ, и страховыми компаниями, и фондами ОМС. Кроме того, проводится внутренний контроль в медицинских организациях. Однако ни одна из форм контроля не показывает достаточного уровня взаимодействия с пациентами и способности удовлетворить их претензии таким образом, чтобы снизить потребность в правосудии. К данной проблеме судебно-медицинская экспертиза также не имеет отношения.

В-третьих, несмотря на рост общего количества возбужденных уголовных дел, существенного увеличения доли осужденных медиков не произошло. Следовательно, упреки в адрес экспертов в том, что они неверно определяют наличие дефектов оказания медицинской помощи и причинную связь, беспочвенны.

Эксперты оказались в парадоксальной и даже абсурдной ситуации: с одной стороны, их обвиняют в «корпоративной солидарности»², необъективности и сокрытии медицинских ошибок, а с другой — в том, что они делают выводы «с обвинительным уклоном», дают заключения чуть ли не под диктовку следователей и т.п. Такая шумиха вокруг едва ли не каждого «врачебного дела», иногда приобретающая еще и политический характер, не способствует качественному проведению экспертиз.

² О «корпоративной этике» в виде сокрытия неправомерных деяний одних врачей другими см., например: *Чаплыгина В. Н.* Базовые проблемы назначения и проведения судебномедицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений // Юристъ-Правоведъ. 2017. № 3 (82). С. 36—41.



Градус дискуссии об экспертизе по «врачебным делам» остается высоким, но фокус обсуждения постоянно направлен на вопросы, κ то и ϵ де должен проводить экспертизу. Сначала следственные органы в поисках экспертов, не подверженных пресловутой солидарности, поочередно испробовали все имеющиеся ресурсы: федеральные экспертные центры, назначение экспертиз в бюро другого субъекта ϵ негосударственные судебно-экспертные учреждения, поручение экспертиз комиссиям экспертов без участия экспертной организации и, наконец, создали собственную судебно-медицинскую экспертную службу.

Однако положение дел не изменилось, о чем свидетельствует указание Следственного комитета РФ от 17.05.2019 № 4/201 «О дополнительных мерах по усилению контроля за назначением судебных экспертиз по уголовным делам о преступлениях, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи», где подчеркнуто: «Немотивированное ходатайство участников процесса не может служить основанием для повторной экспертизы... исключить повторные экспертизы, основанные только на недоверии эксперту»⁴.

Естественно, политика тотального недоверия экспертам и избегания процессуальных решений, не устраивающих заявителей и потерпевших, привела к возникновению практики назначения неограниченного количества повторных и дополнительных экспертиз до тех пор, пока не будут получены выводы, позволяющие предъявить обвинение, либо пациент или его родственники не откажутся от претензий к врачам. Суть данной проблемы, опять же, заключается не в том, где и кем проводится экспертиза, а в нежелании признать известный факт: большинство претензий граждан к качеству оказанной медицинской помощи не обоснованны, во всяком случае с уголовно-правовой точки зрения.

Другой причиной, по которой правоохранительные органы находятся в постоянном поиске подходящих экспертов, являются сроки производства экспертиз. Широко распространена ситуация, когда к моменту обвинения или рассмотрения дела судом срок давности привлечения к уголовной ответственности истекает, что вызывает недовольство граждан качеством следствия. Не секрет, что бо́льшая часть времени, в течение которого расследуется дело, уходит не на проведение экспертизы, а на иные следственные действия, а иногда доследственная проверка длится больше года. При этом сроки проведения экспертиз обусловлены объективными причинами: индивидуальным подбором членов комиссии для каждого случая, запросом дополнительных материалов, своевременно не предоставленных следователем, очередью на проведение экспертизы в связи с перегрузкой экспертных учреждений.

Имеют место парадоксальные ситуации, когда следователь, неудовлетворенный сроками производства экспертиз в одном судебно-экспертном учреждении (далее — СЭУ), начинает назначать экспертизы в том же количестве в другом СЭУ, не имеющим ни значительно превосходящего по численности штата экспертов, ни

URL: https://pravorub.ru/account/content/files/get/87054/74758/616f29a6046856c0f2016276 e8e287d8/ukazanie_ot_17.05.2019_predsedatelj_sledstvennogo_komiteta_rf.pdf.



³ См., например: *Бабина А. А.* «Человеческий фактор» при расследовании ятрогенных преступлений в сфере акушерства // Вестник науки и образования. 2019. № 13-1 (67). С. 81—84.



других условий, при которых возможно провести экспертизу быстрее. Следователи упускают из виду, что независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности экспертной организации, база внештатных экспертов клинических специальностей (терапевтов, хирургов, гинекологов и др.) на определенной территории, как правило, одна и та же — кафедры медицинских вузов, крупные научноисследовательские институты, многопрофильные клинические больницы. В этой связи смена экспертного учреждения может вообще не иметь смысла, потому что состав экспертной комиссии при этом практически не изменится.

Теперь ко всем упрекам от следователей и потерпевших прибавилось недовольство врачей. Показательно, что в позициях юристов и медиков обнаружилось нечто общее: те и другие оказались в равной степени склонны к необдуманной критике в адрес экспертов при отсутствии достаточной осведомленности о порядке, методике проведения экспертиз данного вида и сущности экспертного процесса. Однако это не помешало представителям медицинского сообщества изложить свой взгляд на то, кто и где должен проводить экспертизы по «врачебным делам».

Так, Российское общество хирургов предложило пересмотреть принципы отбора экспертов в состав судебно-медицинских экспертных комиссий таким образом, чтобы обязать кандидатов подтвердить свою компетентность наличием: высшего медицинского образования; действующего сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации); количественных и качественных результатов личной деятельности в области экспертизы, что должно быть заверено руководителем медицинской организации по месту работы, или участия специалиста в создании или пересмотре общероссийских клинических рекомендаций по вопросам экспертизы, или публикаций по вопросам экспертизы, или публикаций по вопросам экспертизы в рецензируемых изданиях в течение последних 10 лет. В качестве альтернативы предложена рекомендация профильного федерального общеврачебного или общемедицинского объединения или его регионального отделения по месту работы⁵.

В чем конкретно заключается суть планируемых реформ, понять трудно. Откуда у врачей-клиницистов публикации по вопросам судебно-медицинской экспертизы? Как связана научно-исследовательская работа и медицинская практика (которой часть ученых не имеет вовсе)? Что имеется в виду под созданием рекомендаций в области экспертизы, если автором действующих рекомендаций по проведению экспертизы по «врачебным делам» является один человек⁶? Все эти вопросы не имеют ответа, а сама инициатива, на наш взгляд, больше похожа на попытку лоббирования собственного участия в проведении экспертиз, чем на стремление улучшить их качество.

Неудивительно, что именно хирурги больше других озабочены вопросами юридической ответственности, так как недавно они вышли на первое место среди

⁵ URL: https://medvestnik.ru/content/news/Rossiiskoe-obshestvo-hirurgov-predlojilo-ujestochit-trebovaniya-k-vracham-ekspertam.html (дата обращения: 31.08.2020).

Ковалев А. В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, 2017.



осужденных врачей⁷. Однако мы убеждены, что самый высокий статус экспертов, формально подтвержденный наличием ученых степени и звания, большого стажа работы, а также членство в профильной врачебной ассоциации не гарантируют качественного проведения экспертизы. Проиллюстрируем изложенное примером из практики.

Уголовное дело было возбуждено по факту смерти пациента от тромбоэмболии легочной артерии, возникшей после операции по поводу острого аппендицита. По итогам предварительного следствия врачу-хирургу было предъявлено обвинение по ч. 2 ст. 109 УК РФ. В судебном заседании обнаружился ряд грубых нарушений, допущенных при проведении экспертиз⁸.

Так, ни в одну из экспертных комиссий не был включен врач-хирург. Все экспертизы проводили судебные медики. От одной экспертизы к другой менялось только количество судебно-медицинских экспертов: в первой — двое, во второй — трое, в третьей — четверо. Выводы второй и третьей экспертиз были практически идентичны и полностью повторяли друг друга вплоть до воспроизведения опечаток. Вероятно, выводы третьей экспертизы были оформлены путем простого копирования выводов предыдущей.

При этом в выводах имелись ошибочные суждения, которые могли ввести суд в заблуждение, в частности: «Гангренозный аппендицит характеризуется некрозом тканей червеобразного отростка и имеет типичные клинические симптомы». Данное утверждение не имело отношения к конкретному случаю, так как типичные клинические симптомы острого аппендицита у больного не наблюдались и не могли наблюдаться в связи с атипичным расположением червеобразного отростка (парадоксальный вывод о наличии типичной клиники аппендицита при установленном факте атипичного расположения аппендикса), а также регулярного введения пациенту наркотиков, анальгетиков и спазмолитиков.

Выводы экспертов во всех трех заключениях были основаны на мнении главного внештатного специалиста, являвшегося председателем регионального отделения профильной врачебной ассоциации. Указанный специалист был профессором и доктором медицинских наук. В материалах дела имелись его показания, на которых было основано обвинение, в том числе следующие утверждения, которые мы прокомментируем:

- 1. «Ответственным за правильную диагностику являлся хирург». В действительности обвиненный хирург ни на каком этапе лечения не являлся лечащим врачом умершего пациента. Больной находился в терапевтическом отделении, его лечащим врачом был терапевт. Хирург исполнял функции консультанта и не был обязан самостоятельно наблюдать больного.
- 2. «Лицензия на право заниматься хирургической деятельностью предусматривает наличие лапароскопа». Однако согласно п. 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями



⁷ URL: https://medvestnik.ru/content/news/Hirurgi-lidiruut-sredi-osujdennyh-medrabotnikov.html (дата обращения: 31.08.2020).

⁸ Материал из личного архива автора статьи Р. Э. Калинина.



и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»⁹, к лицензиату предъявляется закрытый перечень лицензионных требований, среди которых указано соблюдение порядков оказания медицинской помощи. В приказе Минздрава России от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия"»¹⁰ имеется Приложение № 9, где указаны стандарты оснащения хирургического отделения и операционной. Лапароскоп в этом перечне отсутствует. Эндоскопическая консоль или стойка с оборудованием и принадлежностями для эндовидеохирургии указана «по требованию», т.е. ее наличие не обязательно.

3. «Я исхожу из того, что на сегодняшний день Рекомендации Российского общества хирургов — это комплекс диагностических обследований, куда обязательно входит диагностическая лапароскопия». Во-первых, клинические рекомендации Российского общества хирургов (далее — РОХ) были утверждены в 2015 г. (на официальном сайте РОХ указана дата их публикации — 13 мая 2015 г.). Юридически значимые события имели место в 2014 г. Очевидно, что врач не мог нарушить Рекомендации, которых на тот момент не существовало.

Во-вторых, в упомянутых клинических Рекомендациях в отношении необходимости применения лапароскопии указан уровень доказательства D(4), т.е. это мнение врачей, не подтвержденное клиническими исследованиями даже самого низкого качества.

В-третьих, в отношении лапароскопии в клинических рекомендациях сказано: «При неясной клинической картине и подозрении на ретроперитонеальное, ретроцекальное и атипичное расположение воспаленного червеобразного отростка, а также с целью дифференциальной диагностики с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости и малого таза рекомендовано выполнение диагностической видеолапароскопии». Ни о какой обязательности применения данного метода в рекомендациях речи не шло. В больнице технической возможности проведения лапароскопии не было.

- 4. «Я являюсь автором клинических рекомендаций Российской Федерации». Однако на официальном сайте РОХ и в тексте клинических Рекомендаций данный специалист не указан в числе авторов или членов рабочей группы.
- 5. «Есть такое правило, все пациенты с острыми болями в животе должны направляться в хирургическое отделение». Такого правила нет, и никогда не

⁹ Постановление 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»)» (вместе с Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)) // СЗ РФ. 2012. № 17. Ст. 1965.

Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия"» // Российская газета (специальный выпуск). 07.06.2013. № 122/1.



было. Боли в животе могут возникать не только при хирургических заболеваниях. Пациенту с болями в животе показан осмотр хирурга. Госпитализация в хирургическое отделение показана пациенту с установленным диагнозом хирургической патологии или обоснованным подозрением на нее, а не просто с болями в животе.

- 6. «Терапевт не имеет права этот диагноз (острый аппендицит) ставить». На самом деле законодательство не ограничивает лечащего врача в постановке диагноза профилем его специальности. Врач имеет право ставить любой диагноз. Терапевт вправе поставить предварительный диагноз «острый аппендицит».
- 7. «Ошибка произошла при госпитализации, кто его принимал из хирургов». Заявление противоречило фактическим обстоятельствам дела. Больной не поступал в хирургическое отделение, и никто из хирургов его не принимал. Он поступил в терапевтическое отделение, дважды самовольно его покидал и вернулся в это же отделение.

Из текста заключений экспертов было установлено, что с протоколом вскрытия трупа специалист не ознакомился. Эксперты исследовали его «экспертное заключение на историю болезни». При этом в истории болезни протокола вскрытия не было, специалист его не изучал, что также подтвердилось в ходе его допроса в судебном заседании.

Сам факт использования экспертами «заключения на историю болезни» являлся грубым нарушением порядка проведения судебно-медицинской экспертизы. Специалист не являлся сотрудником бюро СМЭ, не был предупрежден об уголовной ответственности по ст. 307 УК РФ, его «экспертное заключение» на исследование экспертам не предоставлялось и в материалах уголовного дела отсутствовало, т.е. эксперты самостоятельно собрали материалы для исследования.

В итоге в деле появилась версия о наступлении смерти от разлитого перитонита, хотя все материалы дела, включая данные вскрытия трупа, указывали на местный ограниченный перитонит. В результате обвинение было предъявлено врачу, который вообще не наблюдал пациента в период госпитализации, осмотрев его один раз при поступлении в качестве консультанта, когда признаков острого аппендицита еще не было. После трех экспертиз, проведенных в ходе предварительного следствия, понадобились еще две, которые были назначены судом, после чего, спустя шесть лет с момента начала расследования, уголовное дело было возвращено прокурору.

И здесь нужно отметить активную и грамотную работу стороны защиты. Адвокату обвиняемого врача удалось оспорить результаты экспертиз в судебном заседании, сомнению были подвергнуты порядок и методика проведения экспертизы, обоснованность и достоверность выводов. При этом в ходе допроса эксперта защитник обошелся без голословных выпадов в сторону эксперта, чем иногда не брезгуют некоторые недобросовестные юристы.

В дальнейшем было заявлено аргументированное ходатайство о проведении повторной экспертизы, которое поддержал даже государственный обвинитель. Защита составила 36 вопросов к экспертам, которые позволили объективно и всесторонне раскрыть сущность патологии, хронологию событий, причинные связи и роль всех участников. Примечательно, что адвокат-защитник не прибегал к помощи специалиста, самостоятельно справился со своими обязанностями и





не переводил доказывание в область специальных знаний, когда в этом не было объективной потребности.

На данном примере видно, что неудовлетворительный результат СМЭ стал следствием нарушения методики ее проведения. Кроме того, чрезмерное доверие профильному специалисту привело к ошибочным выводам. Наличие высокой квалификации и длительного стажа работы в определенной области клинической медицины не означает компетентности эксперта в вопросах организации здравоохранения, правового регулирования медицинской деятельности, судебной медицины и медицинского права. Поэтому на первом месте должно стоять совершенствование методики проведения экспертиз ятрогенных происшествий. Не следует сводить всю дискуссию по данной теме к вопросам о том, кто может быть экспертом и в каких организациях нужно проводить экспертизу.

Судя по риторике коллег, позиционирующих себя защитниками медицинских работников, не все из них в полной мере понимают риски возможного реформирования экспертной службы. Ведь, по сути, смещение акцента с содержания выводов экспертизы на персону эксперта — это путь к упрощению правовой оценки результатов экспертной деятельности, когда правоприменителю достаточно будет убедиться в том, что квалификация экспертов формально подтверждена необходимыми документами и соответствует минимальным требованиям¹¹.

Такой подход в перспективе намного опаснее, чем недоверие экспертным комиссиям, имеющее место сегодня. Всякое упрощение в уголовном судопроизводстве — потенциальный механизм репрессивной политики с возвратом к инквизиционному судебному процессу. Авторитет экспертов не должен быть выше закона, которым установлены правила проведения экспертизы.

Экспертиза — это исследование, а не просто мнение. Приоритетным должен быть вопрос о том, как ее проводить. При этом следует избегать подмены обсуждения методики применения специальных знаний оценкой по формальным признакам компетентности эксперта.

В связи с этим мы не поддерживаем суждения тех, кто высказывает недовольство назначением повторных экспертиз. Повторная экспертиза по «врачебным делам» — важнейшая гарантия справедливости судебных решений, ведь исход таких дел в большей мере зависит от результатов комиссионных экспертиз, чем от всех остальных доказательств, вместе взятых¹². Отсутствие возможности оспорить сомнительные выводы экспертов — удар по врачам, а не по пациентам.

¹¹ О теории «научного судьи» см., например: *Владимиров Л. Е.* Учение об уголовных доказательства. Тула: Автограф, 2000. С. 236—239, 299, 455; *Оанерубов Н. А.* Экспертное заключение по уголовным делам о ятрогенных преступлениях и его оценка следователем и судом // Аграрное и земельное право. 2019. № 7 (175). С. 126—128.

¹² О значении повторных экспертиз см., например: *Комиссарова Я. В.* Профессиональная деятельность эксперта в уголовном судопроизводстве: теория и практика. М.: Юрлитинформ, 2014. С. 231—232; *Васильченко А. В.* Особенности назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений // Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 2 (84). С. 86—90.



БИБЛИОГРАФИЯ

- 1. *Бабина А. А.* «Человеческий фактор» при расследовании ятрогенных преступлений в сфере акушерства // Вестник науки и образования. 2019. № 13-1 (67). С. 81—84.
- 2. *Васильченко А. В.* Особенности назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений // Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019. № 2 (84). С. 86—90.
- 3. *Владимиров Л. Е.* Учение об уголовных доказательства. Тула : Автограф, 2000. 464 с.
- 4. Ковалев А. В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, 2017. 29 с.
- 5. *Комиссарова Я. В.* К вопросу об основаниях разграничения процессуального статуса эксперта и специалиста как участников уголовного судопроизводства // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). 2017. № 5. С. 135—142.
- 6. Комиссарова Я. В. Профессиональная деятельность эксперта в уголовном судопроизводстве: теория и практика. М.: Юрлитинформ, 2014. 368 с.
- 7. *Огнерубов Н. А.* Экспертное заключение по уголовным делам о ятрогенных преступлениях и его оценка следователем и судом // Аграрное и земельное право. 2019. № 7 (175). С. 126—128.
- 8. *Пилипенко Ю. С.* Адвокатура сегодня // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). 2017. № 12 (40). С. 24—58.
- 9. *Чаплыгина В. Н.* Базовые проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений // Юристъ-Правоведъ. 2017. № 3(82). С. 36—41.

