

РЕШЕНИЕ
Именем Российской Федерации

21 июля 2021 года г. Омск

Ленинский районный суд г. Омска

в составе председательствующего судьи Тынысовой А.Т.,
с участием помощников прокурора Араповой Е.А., Плисовой Н.М.,
при секретарях судебного заседания Якименко Ю.А., Рябцевой Е.С.,
при подготовке и организации судебного процесса помощником судьи Жуматаевой С.А., рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело по иску Шерстюковой Г.К., Шерстюкова Д.А., Шерстюкова Ю.А. к Бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Медико – санитарная часть №4», Бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Саргатская центральная районная больница» о взыскании компенсации морального вреда, расходов на погребение, УСТАНОВИЛ:

Шерстюков Д.А., Шерстюкова Г.К., Шерстюков Ю.А. обратились с суд с настоящим иском. В обоснование заявленных требований указали, что 06 сентября 2020 года умер их близкий родственник Ш.А.Н.. Смерть произошла от заболевания, однако Ш.А.Н. до своей смерти не имел хронических заболеваний и не жаловался на свое здоровье. Перед смертью Ш.А.Н. в период с 30 августа 2020 года по 06 сентября 2020 года предоставлялась медицинская помощь: в БУЗОО «Медико – санитарная часть №4» с 04.09.2020 по 06.09.2020; в БУЗОО «Саргатская центральная районная больница» 30.08.2020, 01.09.2020, 03.09.2020, 04.09.2020. Считают, что медицинская помощь была оказана некачественно и не в полном объеме, поскольку при его поступлении врачами не было проведено необходимое обследование с учетом жалоб на боли в сердце, ему своевременно не был поставлен правильный диагноз и не назначено необходимое лечение, что привело к его смерти. Просят взыскать компенсацию морального вреда в размере 1 000 000 рублей в пользу каждого истца, а именно по 500 000 рублей с каждого ответчика в пользу каждого истца, а также в пользу Шерстюкова Д.А. расходы на погребение и похороны в размере 159 820 рублей.

Истец Шерстюков Д.А., представитель истца - адвокат Москвин М.А. в судебном заседании заявленные требования поддержали в полном объеме, просили удовлетворить. Истец пояснил, что 30 августа 2020 года заболел его отец Ш.А.Н., его знобило, температура поднялась. Вызвали скорую помощь в 21 час 30 минут. Приехал фельдшер Ю., предоставил заранее заготовленный листок бумаги с перечнем лекарственных препаратов, измерил температуру, было 38,1, послушал, сказал, что ничего страшного, рекомендовал не выходить из дома и ожидать врача, который возьмет анализ на Ковид-19. Фельдшер Ю. не предлагал госпитализировать отца. Подпись об отказе от госпитализации никто не ставил. Никто не пришел. 01 сентября 2020 года снова вызвали скорую помощь, приехал один фельдшер Щельгина, также выписала те же лекарственные средства. Сказала, чтобы ждали врача. Ш.А.Н. находился в группе риска, как лицо старше 65 лет. 03 сентября 2020 года вызвали скорую помощь. Приехал один фельдшер, измерила температуру, шел воспалительный процесс, был 5 день озноба, однако никаких действий не предпринял. 04 сентября 2020 года снова вызвали скорую помощь, температура поднялась выше 39 градусов. Фельдшер не забрала отца, своими силами доставили в Саргатскую ЦРБ, и выяснилось, что они не в списках на томографию и на забор крови. Продали два часа, сдали анализы и только потом его отправили в Омск. 04 сентября 2020 года Ш.А.Н. поступает в МСЧ-4 с температурой 39,5 градусов. Медицинская сестра позвонила в 18 часов 15 минут и сказала, что отца переводят в реанимацию. Поставили диагноз двухсторонняя пневмония и подозрение на Ковид-19. 05 сентября 2020 года в 18 часов позвонил отец с неизвестного номера и сказал, что он переведен из реанимации в палату. Считает, что отец должен был около 10 дней наблюдаться в отделении реанимации, подключать к аппарату ИВЛ. При этом перед тем, как перевести палату, в 12 часов дня у отца была тяжелое состояние, сатурация изменялась, непонятно почему, но врачи отметили положительную динамику и перевели отца в палату хирургического отделения. Отец попросил привезти его таблетки от ххх. 06 сентября 2020 года позвонили и сообщили о смерти отца. Выводы экспертизы необоснованные. Со стороны БУЗОО «Саргатская ЦРБ» допущено длительное не оказание медицинской помощи. БУЗОО «МСЧ-4» не хватило времени для обследования. Смерть причинила моральные страдания, отец планировал жить дальше, а тут скорострительная смерть, не ожидали. Вышли дорогостоящие похороны, так как Саргатское похоронное бюро отказалась хоронить отца с Ковид-19. Пришлось нанимать бюро с г. Омска. Также несут в настоящее время бремя по погашению кредитов. Указал, что проживал совместно с родителями, в возрасте 28 лет возвратился в родительский дом, прописка в г. Омске, не женат, помогал родителям. После смерти отца, мать положили в больницу. У него болело сердце и поднималось давление. У них семейный бизнес в р.п. Саргатское – ххх. Раньше всем занимался отец, сейчас он руководит, не хватало отца. Каждое воскресенье ездят на кладбище.

Истец Шерстюкова Г.К. в судебном заседании заявленные требования поддержала в полном объеме, просила удовлетворить. Пояснила, что транспортировка для госпитализации скорой помощью не предлагалась, температура стояла выше 39 градусов, ставили жаропонижающий укол и уезжали. Все шесть дней ждали терапевта, а он не приходил. Не везли мужа в больницу, так как фельдшера говорили, что придет врач и из дома не выходите. Указала, что с мужем прожили 46 лет в браке. Это их единственный брак, не ожидала что муж умрет, испытала шок. В настоящее время принимает успокоительные таблетки, испытывает головокружения, изменения давления, слабость в теле после похорон.

Истец Шерстюков Ю.А. в судебном заседании заявленные требования поддержал в полном объеме, просил удовлетворить. Пояснил, что женат, имеет двоих детей. Очень сильно скучает по отцу, так как он помогал им, приезжал к нему домой по два раза в день. Также работает в ххх.

Представитель истцов Москвин М.А., действующий на основании ордеров, в судебном заседании просил удовлетворить исковые требования. Указал, что ответчиками ненадлежащим образом оказана медицинская помощь. Здоровью Ш. был причинен вред, который способствовал тяжелому течению болезни. Действия носили противоправный характер. Между причинением вреда здоровью действиями ответчиков и наступлением смерти имеется причинная связь. В действиях ответственных сотрудников ответчиков есть вина. В БУЗОО «Саргатская ЦРБ»: бригада скорой медицинской помощи выезжала на вызовы к Ш.А.Н. в составе одного фельдшера. Помимо недоукомплектованности бригад, не была своевременно проведена эвакуация больного при наличии температуры больного, его возраста. Больной не отказывался от госпитализации. Не было своевременно проведено обследование врачом – терапевтом, не был поставлен правильный диагноз. В период с 04 сентября до 06 сентября объем поражения легочной ткани увеличился на 20%. Учитывая динамику поражения легочной ткани, если бы Ш. поступил в стационар 01 сентября, то возможно объем поражения легочной ткани был бы 15-20%, тогда течение болезни носило бы другой характер. Например, жена Ш. поступила с Ковид -19 в больницу с показанием 18% поражения легких и исход был благоприятный. Несвоевременное взятие анализов и мазков, это тоже недостаток оказания медицинской помощи. Помимо этого, имелись дефекты ведения медицинской документации. В БУЗОО «МСЧ-4»: не так явственны

нарушения, но они имеют место быть. Несвоевременный осмотр больного врачом – реаниматологом в период с 05 сентября 12 часов дня до 06 сентября 01 часа 30 минут, нарушение шестичасового интервала. У больного было снижение сатурации, врач – реаниматолог был вызван, однако осмотрел в 01:30 – 01:40, то есть более шести часов с момента ухудшения. Считает необоснованным перевод из реанимации в хирургическое отделение, так как наблюдение за состоянием больного в отделении реанимации более внимательное. При поступлении в отделение реанимации 06 сентября было допущено несоответствие времени осмотра в 01:40 при поступлении в 01:30, это дефект ведения медицинской документации. Не представляется возможным установить действительное количество введенного адреналина, 6 мл или 7 мл. Требование о взыскании судебных расходов на оплату услуг представителя просил не рассматривать, ссылаясь на возможность обращения после вступления решения суда в законную силу.

Представитель ответчика БУЗОО «Медико – санитарная часть №4» Филатов Д.Ю., действующий на основании доверенности, в судебном заседании возражал против удовлетворения исковых требований. Пояснил, что недостатки ведения медицинской документации встречаются при 100% случаях в результате проведения судебной – медицинской экспертизы. МСЧ-4 назначило и оказало полное лечение. У экспертов к МСЧ-4 вопросов нет. Кроме того, врачи МСЧ-4 боролись с сопутствующими заболеваниями. Были приложены все необходимые усилия.

Представители ответчика БУЗОО «Саргатская центральная районная больница» Тарасенко Т.С., Волынец К.А., Оразбаев Д.Т., действующие на основании доверенностей, в судебном заседании возражали против удовлетворения исковых требований, так как не установлена прямая либо косвенная причинная связь между недостатками оказания медицинской помощи и наступлением неблагоприятных последствий. Дефекты ведения медицинской документации всегда были и будут.

Выслушав стороны, допросив эксперта, свидетелей, заслушав заключение помощника прокурора ЛАО г. Омска Плисовой Н.М., полагавшей возможным удовлетворить заявленные требования, исследовав материалы дела, суд приходит к следующему.

Судом установлено и следует из материалов дела, что Ш.А.Н., xxx года рождения, с 07 марта 1975 года состоял в зарегистрированном браке с Шерстюковой Г.К., xxx года рождения. От брака у них имеются двое сыновей: Шерстюков Ю.А., xxx года рождения, и Шерстюков Д.А., xxx года рождения.

Ш.А.Н. проживал по адресу: xxx совместно с супругой Шерстюковой Г.К. При этом по сведениям УУП ОУУП и ПДН ОМВД России по Саргатскому району, Шерстюков Д.А. фактически проживал с родителями с 2014 года.

Шерстюков Ю.А. проживал отдельно.

06 сентября 2020 года Ш.А.Н. умер.

Обращаясь в суд с данным иском, истцы ссылаются на ненадлежащее оказание ответчиками медицинской помощи Ш.А.Н., повлекшее наступление его смерти.

К числу основных прав человека Конституцией Российской Федерации отнесено право на охрану здоровья (статья 41 Конституции РФ).

Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (часть 1 статьи 41 Конституции РФ).

Базовым нормативным правовым актом, регулирующим отношения в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, является Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В статье 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплены такие основные принципы охраны здоровья граждан, как соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи.

Медицинская помощь - это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг; пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния (пункты 3, 9 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В пункте 21 статьи 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что качество медицинской помощи - это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Критерии оценки качества медицинской помощи согласно части 2 статьи 64 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 этого федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации (части 2 и 3 статьи 98 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Из приведенных нормативных положений, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья граждан, следует, что право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь гарантируется системой закрепляемых в законе мер, включающих в том числе как определение принципов охраны здоровья, качества медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, так и установление ответственности медицинских организаций и медицинских работников за причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Согласно материалам дела, в период с 30 августа 2020 года по 04 сентября 2020 года, медицинская помощь Ш.А.Н. оказывалась БУЗОО «Саргатская центральная районная больница», в период с 04 сентября 2020 года по 06 сентября 2020 года БУЗОО «Медико – санитарная часть №4».

Согласно протокола патологоанатомического вскрытия № от 08 сентября 2020 года, патологоанатомический диагноз следующий: xxx Коронавирусная инфекция COVID-19. Внебольничная двусторонняя субтотальная интерстициальная пневмония (объем поражения легких около 90%). Сопутствующие заболевания - xxx). Причиной смерти (непосредственной) являлось острый респираторный дистресс-синдром. Основным заболеванием Ш.А.Н., xxx лет, следует считать полипатию -

сочетание новой коронавирусной инфекции COVID-19 (с тяжелым двусторонним поражением легких), ххх. Ведущее осложнение и непосредственная причина смерти - острый респираторный дистресс - синдром.

24 ноября 2020 года, в связи с обращением Шерстюкова Д.А., по поручению Территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области в отношении застрахованного лица Ш.А.Н. была проведена экспертиза качества медицинской помощи, оказанной ему в БУЗОО «Медико – санитарная часть №4», по результатам которой установлены дефекты ведения медицинской документации. При этом отражено, что клинический диагноз был установлен верно, лечение назначено в полном объеме, перевод в отделение реанимации был осуществлен обоснованно и своевременно, в соответствии с чем медицинская помощь оказана надлежащего качества. Неблагоприятный исход наступил от тяжелого течения инфекционного заболевания на фоне декомпенсации хронических заболеваний.

Заключением комиссионной судебно-медицинской экспертизы №, проведенной БУЗОО «ххх», была дана оценка оказанию медицинской помощи как БУЗОО «Саргатская центральная районная больница», так и БУЗОО «Медико – санитарная часть №4».

Относительно надлежащего качества оказания медицинской помощи БУЗОО «Саргатская центральная районная больница» экспертами установлено: пациент Ш.А.Н. в 2011 году дважды (январь и октябрь) обращался к врачу - терапевту, которым был выставлен диагноз «ххх» и назначено соответствующее лечение, а также к врачу - офтальмологу (ноябрь) с диагнозом «ххх». В октябре врачом - терапевтом пациенту были даны направления в БУЗОО «ОКБ» к кардиологу и эндокринологу, сведений о посещениях данных специалистов в карте нет. В 2012 году получал лечение у оториноларинголога по поводу «ххх», проходил профилактический медицинский осмотр, в ходе которого врачом-терапевтом выставлялся диагноз «ххх», врачом - профпатологом рекомендовалось лечение и диспансерное наблюдение у терапевта и кардиолога. Каких-либо записей по диспансерному наблюдению за больным с ххх - в амбулаторной карте не представлено. В дальнейшем получал лечение у врача - стоматолога (2017 г.), имели место неоднократные обращения пациента к врачу-терапевту (2013 г.), врачу-неврологу (2016 г.), оториноларингологу (2018 г.). В 2019 году перенес обострение ххх (январь), проходил медицинскую комиссию для получения разрешения на управление транспортными средствами (врачом-терапевтом был указан диагноз «ххх» и даны рекомендации по дообследованию и лечению). 15.07.2020 осматривался терапевтом на дому, выставлен диагноз «ххх», назначено медикаментозное лечение, рекомендовано обследование в объеме электрокардиографии, общеклинических анализов крови и мочи, биохимического исследования крови, определения уровня глюкозы крови. Результаты обследования в карте нет. 16.07.2020 на приеме пациенту оказывалась неотложная помощь, была вызвана бригада скорой медицинской помощи с целью госпитализации пациента в стационар. Более сведения отсутствуют.

В период с 30.08.2020 по 04.09.2020 пациент Ш.А.Н. неоднократно вызывал бригаду скорой медицинской помощи.

30.08.2020 (карта вызова СМП № 14) - вызов принят в 21-30 час., бригада прибыла на место в 21-34 час., состав бригады - один фельдшер и водитель. Пациент предъявлял жалобы на озноб, повышение температуры тела, насморк, болел 2-й день, контактов с больными респираторными заболеваниями и иногородними гражданами не отмечал, за пределы района не выезжал. В ходе осмотра отмечено удовлетворительное состояние, везикулярное дыхание, умеренная гиперемия зева, частота дыхательных движений 18, АД 120\80, частота сердечных сокращений 96, температура 38.1, сатурация 97%. Выставлен диагноз «ОРВИ», пациенту внутримышечно введены анальгин 2 мл и димедрол 1 мл, после чего отмечено снижение частоты сердечных сокращений до 82 и температуры до 37.2, показатели сатурации - 97%. Пациент оставлен на месте, отмечено – «подлежит активному посещению терапевта».

01.09.2020 (карта вызова СМП № 9) - вызов принят в 14-10 час., бригада прибыла на место в 14-15 час., состав бригады - один фельдшер, водитель. Жалобы на повышение температуры тела, слабость, озноб, недомогание, при осмотре - состояние удовлетворительное, зев умеренно гиперемирован, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, пульс нормальный, ритмичный, живот мягкий, безболезненный, частота дыхания 17, АД 130\90, пульс 78, температура 37.9. Выставлен диагноз «ОРВИ», дан парацетамол 500 мг внутрь, после чего показатели пульса, частоты дыхания, артериального давления оставались прежними, проведена пульсоксиметрия (сатурация 93%). Подписью фельдшера зафиксирован отказ пациента от транспортировки в стационар и разъяснение ему возможных осложнений и последствий отказа; подписи пациента в этой графе карты не имеется, указана его фамилия. Пациент оставлен на месте, отмечено – «подлежит активному посещению терапевта».

03.09.2020 (карта вызова СМП № 1) - вызов принят в 04-00 час., бригада прибыла на место в 04-04 час., состав бригады - два фельдшера, водитель. Жалобы на озноб, температуру тела 38.2, насморк, слабость, недомогание. При осмотре - состояние удовлетворительное, кожные покровы обычные, акроцианоза нет, мраморности нет, зев умеренно гиперемирован, налета нет, подчелюстные лимфатические узлы не увеличены, дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуссия легочный звук, тоны сердца ритмичные, пульс нормальный, ритмичный, живот мягкий, безболезненный, частота дыхания 18, АД 120\80, пульс 90, температура 38.1, пульсоксиметрия 96%. Выставлен диагноз «ОРВИ», внутримышечно введены анальгин 2 мл и димедрол 1 мл, после чего отмечено снижение частоты сердечных сокращений до 81, температуры - до 37.3, сатурация - 96%. Пациент оставлен на месте, отмечено – «подлежит активному посещению терапевта».

04.09.2020 (карта вызова СМП № 7) - вызов принят в 10-50 час., прибытие на место 10-55 час., состав бригады - один фельдшер, водитель. Жалобы на слабость, повышение температуры тела, озноб, недомогание, ОРВИ болеет 6-й день, все дни температура повышалась до 39, следовал рекомендациям фельдшера СМП. Общее состояние средней степени тяжести, поведение возбужденное, кожные покровы обычные, акроцианоза нет, мраморности нет, зев умеренно гиперемирован, налета нет. Подчелюстные лимфатические узлы не увеличены, дыхание жесткое, хрипы сухие, тоны сердца ритмичные, пульс нормальный, ритмичный, язык влажный, живот мягкий, безболезненный, пульс 79, частота дыхания 18, АД 130\90, частота сердечных сокращений ЧСС 79, температура 38.9. Выставлен диагноз «ОРВИ», внутримышечно введена литическая смесь (анальгин и димедрол) и преднизолон 30 мг\кг. После оказания медицинской помощи - АД 130\80 пульс 76, частота дыхания 17, частота сердечных сокращений 76, температура 36.6, пульсоксиметрия - 96%. Подписью фельдшера зафиксирован отказ пациента от транспортировки в стационар и разъяснение ему возможных осложнений и последствий отказа; подписи пациента в этой графе карты не имеется, указана его фамилия. Пациент оставлен на месте, отмечено – «подлежит активному посещению терапевта».

Таким образом, в период с 30.08.2020 по 04.09.2020 БУЗОО «Саргатская ЦРБ» оказывала больному Ш.А.Н. скорую медицинскую помощь, что регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Как следует из данных карты вызова скорой медицинской помощи – бригады скорой медицинской помощи направлялись и прибывали на место своевременно, в соответствии с положениями указанного выше приказа № 388н; медицинская помощь пациенту с симптомами ОРВИ из группы риска (возраст старше 60 лет, наличие хронических заболеваний ххх) оказывалась в приоритетном порядке - как это предусмотрено п. 1.4 приложения № 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

Однако на выездах от 30.08.20, 01.09.20 и от 04.09.20 не был соблюден п. 7 приложения №2 («Правила организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи») к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20.06.2013 №388н в отношении состава выездной бригады, поскольку «общепрофильная фельдшерская выездная бригада скорой медицинской помощи должна включать либо двух фельдшеров скорой медицинской помощи и водителя, либо фельдшера скорой медицинской помощи, медицинскую сестру и водителя»; какого-либо значения для исхода в рассматриваемом клиническом случае этот факт не имел.

На основании жалоб на повышенную температуру тела, озноб, насморк и данных осмотра - предварительный диагноз «ОРВИ» больному Ш.А.Н. бригадами скорой медицинской помощи был выставлен обоснованно, симптоматическая терапия проведена по показаниям.

Согласно п. 15 приложения № 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ №388н «в функции выездной бригады скорой медицинской помощи входят незамедлительный выезд на место вызова; оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, включая установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния), осуществление мероприятий по стабилизации или улучшению клинического состояния пациента; медицинская эвакуация пациента при наличии медицинских показаний»; таким образом, по мнению экспертов свои функции бригады скорой медицинской помощи выполнили.

Учитывая снижение сатурации у больного Шерстюкова А.Н. до 93% на вызове от 01.09.2020 и ухудшение общего состояния пациента на вызове от 04.09.2020 - госпитализация в стационар для оказания врачебной помощи и проведения полного лабораторно - инструментального обследования была предложена больному правильно. Однако отказы больного от госпитализации оформлены в ненадлежащем объеме - в картах вызова отсутствует личная подпись Шерстюкова А.Н., что является дефектом ведения медицинской документации в нарушение приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства». Тактика фельдшеров бригады скорой медицинской помощи, отмеченная в картах вызова скорой медицинской помощи - т.е. передача актива участковому врачу - терапевту - являлась правильной, принцип преемственности оказания медицинской помощи был соблюден.

Согласно п.п. 1, 1.2, 1.3, 2.13 приложения № 3 («Временный порядок организации работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19») к приказу Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» руководители медицинских организаций «принимают меры по выявлению пациентов с симптомами ОРВИ, в том числе из групп риска (возраст старше 60 лет, наличие хронических заболеваний бронхолегочной, сердечно - сосудистой, эндокринной систем) и оказанию им медицинской помощи, а также организуют работу медицинских организаций с приоритетом оказания пациентам с симптомами ОРВИ первичной медико-санитарной помощи на дому, с дополнительным привлечением медицинских работников».

Согласно приложению №4 («Алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с ОРВИ») лицам старше 60 лет даже при легком течении ОРВИ проводится взятие биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) в 1 и 11 день обращения.

Из предоставленных данных усматривается, что сам пациент Шерстюков А.Н. вызов врача на дом не оформлял; по данным карт вызова скорой медицинской помощи - пациент подлежал «активному посещению врачом-терапевтом», однако врач-терапевт БУЗОО «Саргатская ЦРБ» в период с 30.08.2020 по 04.09.2020 больного на дому не осматривал и, соответственно, указанные выше положения приказа Министерства здравоохранения РФ №198н по неизвестной экспертной комиссии причинам выполнены не были (недостаток оказания медицинской помощи).

Однако экспертная комиссия указала, что:

- в соответствии с приложением № 14 «Алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе и на дому, пациентам с острыми респираторными заболеваниями» к «Временным методическим рекомендациям «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (версия 7 от 03.06.2020) пациентам с ОРВИ из группы риска (в данном случае это больной старше 65 лет с наличием хронических заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной системы) рекомендуется госпитализация в стационар, что было предложено больному Ш.А.Н. дважды, 01.09 и 04.09.20;

- согласно приложению 2-1 «Объем лабораторного и инструментального обследования больных с COVID-19 или с подозрением на COVID-19» при повышении температуры тела выше нормы, отсутствии признаков дыхательной недостаточности и показателях сатурации выше 95% (что отмечалось 30.08.2020, 03.09 и 04.09.2020) - компьютерная томография ОГК проводится при сохранении повышенной температуры тела в течение 5 суток или при повторном ее повышении; по этому параметру сроки проведения КТ ОГК больному Ш.А.Н. были в принципе соблюдены.

Что касается оказания медицинской помощи БУЗОО «Медико – санитарная часть №4» экспертами установлено, что пациент Ш.А.Н. поступил в данное лечебное учреждение 04.09.2020 в 18-02 час., с направлением БУЗОО «Саргатская ЦРБ» (диагноз «Пневмония»). При осмотре врача-терапевта в приемном отделении зафиксированы жалобы пациента на выраженную одышку в покое (ранее таковая жалоба в картах вызова скорой медицинской помощи не фигурировала и объективными данными - измерением частоты дыхательных движений - не подтверждалась), общую слабость, повышение температуры тела до 39.5. Со слов пациента - заболел 29.08.2020, вызывал участкового врача, с 31.08.2020 появилась и стала нарастать одышка, в связи с чем и был направлен в стационар. Из хронических заболеваний пациент указал на ххх с 2009 года (принимает ххх), хронический бронхит. Температура при поступлении 37.4, сатурация 94%, состояние тяжелое, сознание ясное, акроцианоз, частота дыхательных движений 36, дыхание жесткое, тоны сердца аритмичные, частота сердечных сокращений 130, пульс 150, показатели АД 95/60, печень +1 см из-под края реберной дуги. Заключение МСКТ от 04.09.2020 - КТ-картина характерна для двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии по интерстициальному типу, нельзя исключить вирусную этиологию процесса. Общий процент поражения легких до 70%, КТ-признаки внутригрудной лимфопатии, кардиомегалии. Выставлен диагноз «Внебольничная полисегментарная интерстициальная двусторонняя пневмония тяжелой степени тяжести. Дыхательная недостаточность 3. Сопутствующие: Ишемическая ххх». Проведена оценка тяжести состояния пациента (NEWS) - ЧДД более 25, сатурация 94-95, необходимость инсуффляции, температура тела 36.1-38.0, систолическое АД 91-100, ЧСС более 131, изменение уровня сознания, пациент с COVID-19 - подозрительный - 9 баллов (высокий балл, маршрутизация пациента в отделение интенсивной терапии).

18-40 час. пациент осмотрен врачом - реаниматологом, госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии. По дневникам наблюдений (18-50 час., 00-00 час., 06-00 час., 10-00 час., 12-00 час. 05.09.2020) - состояние пациента

расценивалось как стабильное, тяжелое, обусловленное тяжестью основного заболевания, сопутствующей патологией, эндотоксикозом, дыхательной недостаточностью, уровень сознания - ясное, АД 130/110-150/90-70-60-100, частота дыхательных движений 23-20-22, пульс 146 - 123-120, тоны сердца аритмичные, температура 36.3 - 37.0, полиурия; сатурация при поступлении 86%, начата инсуффляция увлажненным кислородом в прон-позиции каждые 2 часа по 2 часа - сатурация поднялась до 92-93%; проводилась профилактика ТЭЛА и пролежней. После получения положительной динамики и компенсации витальных функций - больной был переведен в линейное отделение.

При осмотре в 19-00 час. 05.09.2020 пациент предъявлял жалобы на слабость, одышку, общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение - прон- позиция, кожные покровы бледные, температура 36.7, сатурация 77%, дыхание проводится во все отделы, частота дыхательных движений 21, тоны сердца глухие, ритм аускультативно правильный, шумов нет, ЧСС 72, АД 130/70, живот мягкий, на пальпацию не реагирует, перистальтика живая, печень пальпируется у края реберной дуги, отеков нет.

06.09.2020 в 01-40 час. в связи с ухудшением состояния осмотрен в палате врачом - анестезиологом-реаниматологом, состояние тяжелое, сатурация на кислороде 80%, частота дыхания 28-30, дыхание ослаблено во всех отделах, АД 125/80, пульс 98. Заключение: ЧДД более 30, мультилобарная инфильтрация - переводится в реанимацию;

06.09.2020 в 01-30 час (лист наблюдений и назначений ОРПТ) - поступил в отделении реанимации, АД 180/100, пульс 132, сатурация 40%, интубация в 01-35 час.;

В 01-30 час. запись реаниматолога - поступил из терапии с сатурацией 25%, сразу проведена интубация и начата ИВЛ, общее состояние крайне тяжелое, стабильное, обусловлено тяжестью основного заболевания: внегоспитальная пневмония, сопутствующей патологией, эндотоксикозом, дыхательной недостаточностью; уровень сознания - сопор, положение пассивное, температура 36.7, кожные покровы серые, дыхание аппаратное, ZIS LINE, CMV ДО - 500 мл, МОД - 9 л/мин., жесткое, в нижних отделах ослаблено, проводные хрипы, сатурация 78%, ЧД 20, кислород - 60%. Тоны сердца аритмичные, приглушены, АД 180/100, пульс 132, удовлетворительного напряжения и наполнения, диурез адекватный.

В 01-50 час. 06.09.2020 у больного Ш.А.Н. была зафиксирована остановка кровообращения, начаты реанимационные мероприятия - ИВЛ с частотой 16 в минуту, непрямой массаж сердца с частотой 100 в минуту, внутривенное введение адреналина (с 01- 50 час. до 02-20 час. по 1 мл каждые 5 минут, в записях - 7 отметок, общее количество введенного адреналина указано как 6.0), атропина, прессорных аминов (допмин 200 мг), однако по монитору с 01-50 час. по 02-20 час. фиксировалась асистолия (т.е. отсутствие сердечных сокращений).

На основании функциональных признаков (отсутствие сознания, дыхания, пульса на центральных артериях, АД и рефлекторных ответов на все виды раздражителей); биологических признаков (максимального расширения зрачков, бледности, цианоза и мраморности кожных покровов, снижения температуры тела, явлений гипостаза в низлежащих поверхностях тела, появления симптома «кошачьего зрачка»); инструментальных признаков (асистолия, зафиксированная не менее чем в двух стандартных отведениях ЭКГ) - в 02-20 час. констатирована биологическая смерть Ш.А.Н.

За время пребывания в стационаре выполнено обследование пациента в следующем объеме: соскоб из носа и ротоглотки на ПЦР (результаты от 09.09.2020 - РНК COVID-19 - положительно), электрокардиография (18-46 час., 20-00 час. 04.09.2020, 06-00 час. 05.09.2020), кровь на иммуноглобулины А к COVID-19 (результаты получены 07.09.2020), кровь на гепатиты, общеклинические анализы крови (04.09 и 05.09.2020), биохимический анализ крови (04.09 и 05.09.2020), С-реактивный белок (04.09 и 05.09.2020), сахар крови (04.09 и 05.09.2020), исследование свертывающей системы крови (04.09 и 05.09.2020), общеклинический анализ мочи.

Лечение проведено в объеме антибактериальной терапии двумя препаратами внутривенно, отхаркивающих средств, гормонов, ингибиторов протонной помпы, диуретиков, противодиабетических препаратов (метформин, диабетон), антикоагулянтов, антиаритмических средств, противовирусных препаратов, дезинтоксикационной инфузионной терапии; пациент получал увлажненный кислород, находился в прон-позиции, проводилась профилактика ТЭЛА, противопролежневые мероприятия.

В медицинской карте стационарного больного представлены заполненные протокол катетеризации периферических вен, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (освидетельствование для выявления ВИЧ) от 04.09.2020; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство от 04.09.2020, разрешение о представлении информации жене; протокол установления смерти человека от 02-20 час. 06.09.2020, что соответствует положениям приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», постановлению Правительства РФ от 20.09.2012 №950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».

Диагноз заключительный клинический сформулирован как: Основное комбинированное заболевание. 1xxx. 3. Вероятно новая коронавирусная инфекция COVID-19, тяжелая форма. U07.2. Двусторонняя полисегментарная пневмония. ДН 2-3 ст. Осложнения. Тромбозмелких ветвей легочной артерии. Острая ССН. ОДН. Сопутствующий. xxx.

При патологоанатомическом исследовании трупа гр. Ш.А.Н., с учетом полученных результатов ПЦР-исследований - клинический диагноз был подтвержден: Основное заболевание. xxx Коронавирусная инфекция COVID-19. Внебольничная двусторонняя субтотальная интерстициальная пневмония (объем поражения легких около 90%). 2. xxx.

Патологоанатомический диагноз объективизирован патогистологическим и ПЦР исследованиями, ведущим осложнением и непосредственной причиной смерти больного Ш.А.Н. стал острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) или диффузное альвеолярное повреждение легких (что подтверждено и при повторном пересмотре гистологического архива в ходе настоящей экспертизы - утолщение межальвеолярных перегородок за счет интерстициальной пролиферации клеток, интраальвеолярный отек, наличие крупных неправильной формы альвеолоцитов и гиалиновых мембран, выраженное полнокровие капилляров межальвеолярных перегородок, ветвей легочных артерий и вен со сладжами эритроцитов и фибриновыми тромбами).

Диагностика заболевания и лечение пациента Ш.А.Н. в БУЗОО «МСЧ №4» проведены в соответствии с «Временными методическими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (версия 7, 03.06.2020), однако при этом экспертной комиссией отмечено:

1. Из-за объективной причины (кратковременное пребывание в стационаре) пациент был не дообследован - при биохимическом исследовании крови в рамках дополнительной общей лабораторной диагностики не проведено определение части рекомендованных показателей (лактат, лактатдегидрогеназа, тропонин, ферритин, прокальцитонин, мозговой натрий-уретический пептид, Д-димер).

2. Согласно записи дежурного врача в 19-00 час. 05.09.2020 - при нахождении пациента в прон-позиции отмечалось снижение сатурации до 77%, при этих показателях ситуации рекомендовано проведение консультации врача-реаниматолога в течение 1

часа. Врач-реаниматолог был вызван к пациенту только в 01-30 - 01-40 час. (время в карте указано разное), т.е. более чем через 6 часов (недостаток оказания медицинской помощи).

3. При среднетяжелом и тяжелом течении COVID-19 с появлением респираторных симптомов у больных с сахарным диабетом рекомендуется решение вопроса об отмене Метформина и перевода пациента на ххх в зависимости от уровня гликемии, который определяется каждые 3-4 часа. В рассматриваемом клиническом случае уровень содержания глюкозы в крови определялся недостаточно часто - однократно 04.09.2020 и дважды 05.09.2020, при этом показатели уровня глюкозы (12.1 ммоль/л, 12.7 ммоль/л, 13.1 ммоль/л) находились в допустимых границах и критичных изменений гликемии места не имело.

4. Отмечены дефекты ведения медицинской документации:

- несоответствие времени осмотра врача-реаниматолога в линейном отделении (01-40 час.) и записи врача-реаниматолога в ОРИТ (поступление и осмотр в 01-30 час. 06.09.2020);

- несоответствие записи врача-реаниматолога по общей дозе введенного адреналина (6 мл) в ходе сердечно-легочной реанимации поминутным отметкам (каждые 5 минут по 1 мл с 01-50 час. до 02-20 час.);

- отсутствие отметок о фракционной концентрации кислорода при проведении реанимационных мероприятий (FIO₂ составляет 100%).

В окончательных выводах экспертами отражено, что вышеуказанные дефекты ведения медицинской документации на ход и качество оказанной медицинской помощи Ш.А.Н. не повлияли и какой-либо связи с наступлением неблагоприятного исхода не имеют.

В рассматриваемый в данной экспертизе период времени (сентябрь 2020 года) сведения об эпидемиологии, некоторых аспектах патогенеза, клинических особенностях, о профилактике и лечении новой коронавирусной инфекции (COVID-19) являлись несколько ограниченными. Так, в соответствии с 7 версией «Временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» - до подтверждения этиологического диагноза (т.е. выявления вируса методом ПЦР-диагностики) рекомендовалось лечение по типу лечения сезонных ОРВИ, а для лечения новой коронавирусной инфекции предлагалось несколько действующих на вирусы препаратов в условиях отсутствия однозначного вывода об их эффективности в отношении вируса SARS-CoV-2. В танатогенезе (динамике клинических, биохимических и морфологических изменений, ведущих к смерти) при новой коронавирусной инфекции основное значение отводится избыточному ответу иммунной системы организма со стремительно развивающимся тяжелым жизнеугрожающим синдромом высвобождения цитокинов («цитокиновый шторм»), что создает угрозу возникновения и прогрессирования острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) и полиорганной недостаточности; интервал времени между таковым ответом и развитием ОРДС может составлять менее суток.

Для пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением коронавирусной инфекции характерно сохранение лихорадки после 5-го дня болезни, присоединение симптомов дыхательной недостаточности (одышка), прогрессирование инфильтративных изменений в легких (вирусная пневмония), а также развитие ОРДС, который диагностируется в среднем на 8-е сутки от начала болезни. Клинические исследования эффективности и безопасности таргетных препаратов и глюкокортикоидов при цитокиновом шторме, по данным указанных выше временных методических рекомендаций, были еще не закончены.

По мнению экспертов, рассматриваемый клинический случай (динамика развития заболевания у пациента Ш.А.Н.) соответствует указанной выше картине тяжелого и крайне тяжелого течения новой коронавирусной инфекции. Недостатки оказания медицинской помощи, отмеченные в экспертном заключении, причиной смерти Ш.А.Н. не являются, не являются они и причиной ухудшения состояния пациента, поскольку последнее (ухудшение состояния) было вызвано новой коронавирусной инфекцией.

Неблагоприятный исход заболевания у пациента Ш.А.Н. с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем и низким реабилитационным потенциалом был обусловлен стремительным течением инфекционного процесса с быстропрогрессирующим развитием двусторонней субтотальной интерстициальной пневмонии даже на фоне проводимого лечения (с 50-75% поражения легких к моменту поступления пациента в стационар 04.09.2020 до 90% поражения легких по данным вскрытия от 06.09.2020).

Экспертная комиссия посчитала, что и в случае отсутствия указанных выше недостатков оказания медицинской помощи, а также при согласии пациента на госпитализацию в стационар от 01.09.2020, своевременном взятии мазков и назначении лечения коронавирусной инфекции после получения положительного результата ПЦР-диагностики благоприятный исход заболевания был не гарантирован.

Оценив представленные доказательства, вопреки выводам судебной экспертизы, суд приходит к выводу о том, что причинно-следственная связь между смертью Ш.А.Н. и допущенными ответчиками недостатками качества оказания медицинской помощи не исключена.

В соответствии с частью 3 статьи 86 Гражданского процессуального кодекса РФ заключение эксперта для суда необязательно и оценивается судом по правилам, установленным в статье 67 этого кодекса. В пункте 7 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 19 декабря 2003 года №23 «О судебном решении» разъяснено, что заключение эксперта, равно как и другие доказательства по делу, не являются исключительными средствами доказывания и должны оцениваться в совокупности со всеми имеющимися в деле доказательствами (статья 67, часть 3 статьи 86 ГПК РФ). Оценка судом заключения должна быть полно отражена в решении. При этом суду следует указывать, на чем основаны выводы эксперта, приняты ли им во внимание все материалы, представленные на экспертизу, и сделан ли им соответствующий анализ.

В соответствии с положениями статей 151, 1064 Гражданского кодекса РФ и разъяснениями по их применению, изложенными в постановлениях Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 20 декабря 1994 г. №10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» и от 26 января 2010 г. №1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина», установлена презумпция вины причинителя вреда. Применительно к спорным правоотношениям ответчики должны доказать отсутствие своей вины в смерти Ш.А.Н., медицинская помощь которой была оказана ненадлежащим образом. Доказательств, которые бы подтверждали отсутствие вины работников ответчика в некачественном оказании Ш.А.Н. медицинской помощи и наступлении смерти последнего, суду не представлено.

Так в качестве одного из выводов судебной экспертизы указано о том, что Ш.А.Н. отказывался от транспортировки с целью госпитализации, при наличии показаний к ней.

Допрошенная в судебном заседании в качестве свидетеля Щ.Т.В., работающая фельдшером в БУЗОО «Саргатская ЦРБ» суду пояснила, что выезжала в составе скорой медицинской помощи одна к больному Ш.А.Н. 01 сентября 2020 года и 04 сентября 2020 года. 01.09.2020 около 15 часов приехав по вызову, Ш. жаловался на повышенную температуру и сильный кашель. Пояснил, что возможно попил холодной воды, в контакте с Covid-больными отрицал. Измерила температуру, сатурацию – 96, поставила ему укол и назначила лечение, путем предоставления заранее заготовленного листка с лекарственными препаратами. Показания к госпитализации не имелись. Устно ей рекомендовали даже с возрастом старше 65 лет не предлагать госпитализацию, так как в БУЗОО «Саргатская ЦРБ» отсутствует «красная зона». В связи с распространением

коронавирусной инфекции, заведующая терапевтическим отделением Т. указывала им, чтобы карту вызова скорой помощи не заполняли на месте вызова у лиц с температурой и не везти их в больницу. Карту вызова скорой помощи она заполняла сама на подстанции, сама ставила подписи за Ш.А.Н. об отказе от госпитализации. 04 сентября 2020 года она увидела, что ему стало хуже, показания к госпитализации имелись, у больного была одышка. Удивилась, что его до сих пор не госпитализировали. Позвонила начмеду Н., поинтересовалась, почему его не госпитализируют, температура держится уже на протяжении недели. В тот момент на весь Саргатский район, было два автомобиля скорой медицинской помощи, чтобы впоследствии не дезинфицировать автомобиль на протяжении двух часов, предложила родственникам Ш. на своем автомобиле доставить в БУЗОО «Саргатская ЦРБ». Утверждает, что 01 сентября 2020 года докладывала терапевту о температурном больном на участке. Не знала о том, что людей в группе рисков необходимо госпитализировать. Было указание подождать три дня, и только потом везти на рентген грудной клетки, а потом уже принималось решение об МСКТ.

Свидетель У.П.А., фельдшер скорой медицинской помощи БУЗОО «Саргатская ЦРБ» пояснила, что 03 сентября 2020 года выезжала одна к Ш.А.Н. У него была температура 39,5 градусов, отдышка, сатурация 96. Поставила ему жаропонижающий укол и уехала. Лечение ему не назначала, так как у него был листок с препаратами. Госпитализация не предлагалась, так как у них отсутствует «красная зона», куда было везти. Утром доложила Н. и в поликлинику о больном с симптомами ОРВИ. Второй фельдшер К. в тот момент повезла другого тяжелого больного в Омск. Карту вызова скорой помощи заполняла потом совместно с К. утром ххх, так как на тот момент еще являлась стажером – фельдшером. Не помнит кто ставил подписи в карте вызова за Ш.. Утром кто – то должен был связаться с Ш. и сообщить дальнейшие действия. Не имела право везти его на МСКТ в г. Омск, так как у него была сатурация 96%.

Допрошенная в судебном заседании эксперт Л.И.В., заведующая отделом сложных экспертиз ххх, пояснила, что оценку достоверности подписи Ш.А.Н. в картах вызова скорой медицинской помощи не могли давать, проводили экспертизы по имеющимся сведениям. Если указано в карте что больной отказался от госпитализации, соответственно ими были сделаны такие выводы. Там, где отсутствовала подпись больного, было указано о дефекте ведения медицинской документации. Не уполномочены проводить почерковедческое исследование. Выезд в бригаде скорой помощи одного фельдшера, вместо двух или же одного фельдшера и одной медицинской сестры, является нарушением порядка оказания медицинской помощи. С учетом наличия сопутствующих заболеваний, возраста и состояния больного, вопрос о его госпитализации должен был решаться при первичном посещении больного. Предварительный диагноз скорой медицинской помощью выставлен правильно, так как Ковид – 19 это ОРВИ, возбудителем которой является коронавирусная инфекция, пока лабораторно не будет установлен возбудитель инфекции, диагноз выставляется как ОРВИ. Лечение симптоматическое было назначено правильно, поставили укол и должны были передать сведения врачу – терапевту. Не понятно почему врач – терапевт Саргатской ЦРБ за все время не пришел к больному. Это дефект оказания медицинской помощи. Прямой причинной связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и наступлением неблагоприятных последствий в виде летального исхода не имеется. Ш.А.Н. по медицинской документации неоднократно обращался в лечебное учреждение, в июле 2020 года дважды осматривался в связи с ххх, однако сведения о его госпитализации после июля 2020 года не имеются. Согласно статистике, у больных с такими сопутствующими заболеваниями Ковид-19 протекает тяжелее и они чаще умирают. Старше 65 лет и при наличии сопутствующих заболеваний должны в первую очередь госпитализироваться. Ковид – 19 очень похож на вирусную инфекцию, соответственно первоначально лечат как при вирусной инфекции. Пока методом ПЦР не установлен Ковид – 19, ему не будет установлен диагноз Ковид-19 и больной не будет получать соответствующего заболеванию лечения. При Ковиде-19 вызывает тяжелое состояние, ведет к поражению легких, тромбозу и летальному исходу. Есть лекарственные препараты, которые могут предотвратить данное тяжелое состояние. Если бы больной приехал стационар, возможно сделали терапию, которая бы облегчила ему состояние. Однако больной не едет в стационар. Если бы своевременно больной был бы осмотрен врачом – терапевтом 30 и 31 августа, 31 августа и 01 сентября взят мазок, 01 и 02 сентября был бы результат положительный, то ориентировочно 02 сентября 2020 года ему могло быть назначено лечение от Ковида, соответственно и способствовало более легкому течению заболевания, но исход был не гарантирован. Окончательный вывод об отсутствии возможного благоприятного исхода сделан экспертами по причине наступления смерти от Ковида-19.

Таким образом, судом установлено, что Ш.А.Н. при наличии показаний, не предлагалась транспортировка для госпитализации в стационар. Выводы эксперта в данной части основаны на заполненных самими фельдшерами от имени пациента сведениях об отказе. На протяжении четырех вызовов фельдшеры бригады скорой медицинской помощи руководствовались устными указаниями о необходимости наблюдения пациентов в домашних условиях. При этом карты вызовов скорой медицинской помощи содержат указания о необходимости активного посещения врачом – терапевтом поликлиники БУЗОО «Саргатская ЦРБ» пациента. Доказательства не то что «активного», хотя бы «разового» посещения врачом терапевтом пациента Ш.А.Н. БУЗОО «Саргатская ЦРБ», при нахождении последнего в «группе риска» в силу возраста, наличии сопутствующих заболеваний и признаков ОРВИ, не представила. Оснований пролагать, что в действиях сотрудников БУЗОО «Саргатская ЦРБ» имелись дефекты ведения медицинской документации, суд не усматривает. В данном случае установлено ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Допрошенный в судебном заседании в качестве свидетеля врач анестезист – реаниматолог БУЗОО «МСЧ-4» С.С.И. суду пояснил, что когда Ш. поступил в МСЧ-4 сатурация была 25%, после того как ему стали оказывать медицинскую помощь сатурация поднялась до 78%. Вторично поступил в 01 часа 30 минут в отдел реанимации, помощь оказывалась непрерывно пока не умер. Показания 78% было в период с 01:30 до 01:50, так как больной был подключен к ИВЛ. Шестичасовой промежуток осмотра врачом реаниматологом в дальнейшем не соблюдался, так как он был переведен в другое отделение. Тот факт, что реаниматолог осматривал по истечении шести часов объясняется действиями лечащего врача, когда он решил. Перевод больного из реанимационного отделения в хирургическое объяснялось улучшением состояния. Более тяжелые переводились в реанимацию. У него было хоть и тяжелое состояние, но стабильное. Перевод его был обоснованный, так как у него были показатели: 05.09 в 12 часов – больной дышит сам, сатурация 92%, это свидетельствует о возможности не госпитализации больного, показатели давления и пульса стабильные, на основании этого он переводится в хирургическое отделение. Поступил Ш. в реанимацию в 01:30, а тот доктор который осматривал его в 1:40 был скорее всего без часов, это дефект ведения медицинской документации. По медицинской документации больному было введено 7 мл адреналина, вместо ошибочно указанной экспертами 6 мл. Отсутствие отметок о фракционной концентрации кислорода при проведении реанимационных мероприятий не является ошибкой, так как в момент когда сердце останавливается сатурация 0, оно поддерживалась за счет проведения реанимационных мероприятий руками. К аппарату ИВЛ больной был подключен перед смертью. Основания для подключения 04 сентября 2020 года аппарата ИВЛ не было: при поступлении в МСЧ-4 в тяжелом стабильном состоянии, сатурация 86%, частота дыхания 23 в одну минуту, препарат не применялся, больной находился на инсуффляции кислорода, это было в 18:55. В 00 часов 05 сентября сатурация 93%, частота дыхания уменьшилась до 20 в минуту, применяется инсуффляция, аппарат не применяется. И в 06 часов утра показания улучшались, состояние стабильное. Отличия нахождения в отделении реанимации и хирургическом отделении: инсуффляция кислорода это подача кислорода через маску, подается во всех отделениях, таким образом нахождение в отделении реанимации ничем не отличается за

исключением наблюдения реаниматологом. А если применяются специальные методы, то тогда отличаются, в данном случае такого не было. В момент смерти у него было 90% поражения легких, на момент поступления у него было 75% поражения легких, значит у него процесс развивался стремительно.

Эксперт Л.И.В. в указанной части дала следующие пояснения. Несоответствие в медицинской документации об осмотре в 1:40 врачом – реаниматологом и переводе в реанимацию и подключения к ИВЛ в 1:30 это необходимо уточнять у врачей, так как неверно указано время. На вопрос о длительности не подключения больного к ИВЛ указала, что искусственная вентиляция легких бывает нескольких видов, может быть трубка в трахеи подключенная к аппарату – это ИВЛ аппаратом, может быть неинвазивная, это когда одевается маска, бывает высокопоточная, это когда одевается в нос трубочки. Показания на перевод на ИВЛ аппаратом строго регламентированы, до этого применяются другие меры и указывается о подачи увлажненного воздуха. Инвазивная было в 1:30. До этого момента больной получал кислород другим методом, без введения трубки в трахею. Решение о переводе из реанимации в хирургическое отделение было принято верное. Для помещения в реанимацию необходимо: нарушение сознания, показания сатурации ниже 92%, частота дыхательных движений более 35% в минуту. Как только эти показания выравниваются, пациентов переводят из реанимации в палату. Указание о тяжелом и крайне тяжелом состоянии больного это понятия субъективные, не закреплены в медицинских правилах. Нужно смотреть на то, что характеризует состояние больного. О положительной динамике указываются частота дыхания, пульс, сатурация, артериальное давление и другие показатели. Перевод из реанимации было обусловлено улучшением состояния больного. Ему предоставлялся ИВЛ другим способом. По протоколу лечения в МСЧ-4 вопросов нет, они помимо антиковидной терапии назначили лечение xxx.

Исходя из показания свидетеля и эксперта, выводов экспертизы, объективных данных позволяющих установить уважительность не своевременной консультации врачом – реаниматологом суду не представлено. Напротив, 05 сентября 2020 года в 19 часов у Ш.А.Н. отмечалось снижение сатурации до 77%, при этих показателях сатурации рекомендовано проведение консультации врача-реаниматолога в течение 1 часа. Однако осмотр врачом был произведен только через шесть часов, фактически перед наступлением смерти. Кроме того, работники БУЗОО «МСЧ-4» при наличии сведений о наличии сопутствующего заболевания – xxx, мер по своевременному измерению уровня содержания глюкозы в крови не предпринимали. В соответствии с чем суд усматривает помимо дефектов ведения медицинской документации, также и дефекты оказания медицинской помощи.

Суд учитывает, что к категоричному выводу о том, что при отсутствии установленных дефектов оказания медицинской помощи благоприятный исход был бы гарантирован, экспертная комиссия не пришла. Вывод экспертов в данной части является лишь вероятным. При этом эксперт Л.И.В. в судебном заседании подтвердила, что если бы своевременно больной был осмотрен врачом – терапевтом 30 и 31 августа, 31 августа и 01 сентября взят мазок, 01 и 02 сентября был бы результат положительный, то ориентировочно 02 сентября 2020 года ему могло быть назначено лечение от Ковида, соответственно это и способствовало более легкому течению заболевания.

Суждение ответчиков о том, что Ш.А.Н. умер в результате имевшихся у него заболеваний xxx, а не по причине оказания ему некачественной медицинской помощи, является несостоятельным, так как непосредственной причиной смерти послужило стремительное развитие воспалительного процесса в результате новой коронавирусной инфекции осложненной внебольничной двусторонней субтотальной интерстициальной пневмонии. Сам процесс протекания болезни, поступление Ш.А.Н. в тяжелом состоянии в стационар, откуда он сразу был переведен в отделение реанимации, свидетельствует о прогрессировании заболевания, не выявленного своевременно при оказании медицинской помощи БУЗОО «Саргатская ЦРБ».

С учетом изложенного суд приходит к выводу о наличии косвенной причинно-следственной связи между некачественным оказанием медицинской помощи БУЗОО «Саргатская ЦРБ» и БУЗОО «МСЧ-4» и смертью Ш.А.Н.

Факт некачественного оказания медицинской помощи является достаточным основанием для взыскания в пользу истцов компенсации морального вреда.

Пунктом 1 статьи 150 Гражданского кодекса РФ определено, что жизнь и здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, неприкосновенность жилища, личная и семейная тайна, свобода передвижения, свобода выбора места пребывания и жительства, имя гражданина, авторство, иные нематериальные блага, принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемы и непередаваемы иным способом.

Если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда (часть 1 статьи 151 Гражданского кодекса РФ).

Согласно разъяснениям, изложенным в постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 20 декабря 1994 г. №10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда», под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна и т.п.), или нарушающими его личные неимущественные права (право на пользование своим именем, право авторства и другие неимущественные права в соответствии с законами об охране прав на результаты интеллектуальной деятельности) либо нарушающими имущественные права гражданина (абзац первый пункта 2 названного постановления Пленума).

Моральный вред, в частности, может заключаться в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, раскрытием семейной, врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию, временным ограничением или лишением каких-либо прав, физической болью, связанной с причиненным увечьем, иным повреждением здоровья либо в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий, и др. (абзац второй пункта 2 указанного постановления Пленума).

Согласно статье 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод каждый имеет право на уважение его личной и семейной жизни, его жилища и его корреспонденции.

Семейная жизнь в понимании статьи 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод и прецедентной практики Европейского Суда по правам человека охватывает существование семейных связей как между супругами, так и между родителями и детьми, в том числе совершеннолетними, между другими родственниками.

Пунктом 1 статьи 1 Семейного кодекса РФ предусмотрено, что семья, материнство и детство в Российской Федерации находятся под защитой государства. Семейное законодательство исходит из необходимости укрепления семьи, построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов,

недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в дела семьи, обеспечения беспрепятственного осуществления членами семьи своих прав, возможности судебной защиты этих прав.

Исходя из положений Конвенции о защите прав человека и основных свобод и их толкования в соответствующих решениях Европейского Суда по правам человека в их взаимосвязи с нормами Конституции Российской Федерации, Семейного кодекса Российской Федерации, статьями 150, 151 Гражданского кодекса Российской Федерации моральный вред - это нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага, перечень которых законом не ограничен. К числу таких нематериальных благ относятся жизнь и здоровье, охрана которых гарантируется государством в том числе путем оказания медицинской помощи. В случае нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья, причинения вреда жизни и здоровью гражданина при оказании ему медицинской помощи, при оказании ему ненадлежащей медицинской помощи требования о компенсации морального вреда могут быть заявлены родственниками и другими членами семьи такого гражданина, поскольку, исходя из сложившихся семейных связей, характеризующихся близкими отношениями, духовным и эмоциональным родством между членами семьи, возможно причинение лично им (то есть членам семьи) нравственных и физических страданий (морального вреда) ненадлежащим оказанием медицинской помощи этому лицу.

В соответствии с пунктом 1 статьи 1099 Гражданского кодекса РФ основания и размер компенсации гражданину морального вреда определяются правилами, предусмотренными главой 59 (статьи 1064 - 1101 Гражданского кодекса РФ) и статьей 151 Гражданского кодекса РФ.

При определении размеров компенсации морального вреда суд принимает во внимание степень вины нарушителя и иные заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физических и нравственных страданий, связанных с индивидуальными особенностями гражданина, которому причинен вред (статья 151 Гражданского кодекса РФ).

Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости. Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего (пункт 2 статьи 1101 Гражданского кодекса РФ).

В соответствии с разъяснениями, изложенными в пункте 8 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 20 декабря 1994 г. №10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда», при рассмотрении требований о компенсации причиненного гражданину морального вреда необходимо учитывать, что размер компенсации зависит от характера и объема причиненных истцу нравственных или физических страданий, степени вины ответчика в каждом конкретном случае, иных заслуживающих внимания обстоятельств и не может быть поставлен в зависимость от размера удовлетворенного иска о возмещении материального ущерба, убытков и других материальных требований. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости. Степень нравственных или физических страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств причинения морального вреда, индивидуальных особенностей потерпевшего и других конкретных обстоятельств, свидетельствующих о тяжести перенесенных им страданий.

В постановлении Европейского Суда по правам человека от 18 марта 2010 г. по делу "Максимов (Maksimov) против России" указано, что задача расчета размера компенсации является сложной. Она особенно трудна в деле, предметом которого является личное страдание, физическое или нравственное. Не существует стандарта, позволяющего измерить в денежных средствах боль, физическое неудобство и нравственное страдание и тоску. Национальные суды всегда должны в своих решениях приводить достаточные мотивы, оправдывающие ту или иную сумму компенсации морального вреда, присуждаемую заявителю. В противном случае отсутствие мотивов, например, несоизмерно малой суммы компенсации, присужденной заявителю, будет свидетельствовать о том, что суды не рассмотрели надлежащим образом требования заявителя и не смогли действовать в соответствии с принципом адекватного и эффективного устранения нарушения.

При определении размера компенсации морального вреда, суд исходит из того, что с учетом установленных законом и перечисленных выше критериев суд в каждом конкретном случае определяет размер компенсации, способный уравновесить имущественную либо неимущественную потерю посредством уплаты потерпевшему денег в сумме, которая позволит последнему в той или иной степени пренебречь понесенной утратой, компенсация морального вреда должна отвечать цели, для достижения которой она установлена законом - компенсировать потерпевшему перенесенные им физические и (или) нравственные страдания.

Оценивая вышеуказанные обстоятельства и определяя размер суммы компенсации морального вреда, исходя из требований правовых норм о его разумности и справедливости, конкретных обстоятельств дела, отсутствия прямой причинно - следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и смертью Ш.А.Н., с учетом индивидуальных особенностей потерпевших, их состояния здоровья, и характера перенесенных ими нравственных и физических страданий, выразившихся в причинении физической боли от утраты близкого родственника, суд считает необходимым уменьшить заявленный истцами размер денежной компенсации морального вреда до 100 000 рублей в пользу каждого. Учитывая степень вины в оказании медицинской помощи ненадлежащего качества, с ответчика БУЗОО «Саргатская ЦРБ» подлежит взысканию компенсация морального вреда по 70 000 рублей в пользу каждого истца, с БУЗОО «МСЧ-4» по 30 000 рублей в пользу каждого истца.

Тот факт, что после смерти Ш.А.Н., его супруга Шерстюкова Г.К. несет одна бремя выплаты кредитов, не может являться основанием для увеличения размера компенсации морального вреда, поскольку исходя из положений ст. 1112 Гражданского кодекса РФ в состав наследства входят принадлежавшие наследодателю на день открытия наследства вещи, иное имущество, в том числе имущественные права и обязанности, в том числе долги в пределах стоимости перешедшего к наследникам наследственного имущества. В соответствии со ст. 1175 Гражданского кодекса РФ наследники, принявшие наследство, отвечают по долгам наследодателя солидарно. Каждый из наследников отвечает по долгам наследодателя в пределах стоимости перешедшего к нему наследственного имущества.

Согласно статьи 1094 Гражданского кодекса РФ лица, ответственные за вред, вызванный смертью потерпевшего, обязаны возместить необходимые расходы на погребение лицу, понесшему эти расходы.

Перечень необходимых расходов, связанных с погребением, содержится в Федеральном законе от 12.01.1996 №8-ФЗ «О погребении и похоронном деле».

Согласно статьи 3 Федерального закона №8-ФЗ определяет погребение как обрядовые действия по захоронению тела (останков) человека после его смерти в соответствии с обычаями и традициями, не противоречащими санитарным и иным требованиям. Поминальный обед, а также установка на могиле умершего надгробия и ограды могут быть отнесены к традициям и обычаям, связанным с погребением человека и подлежат возмещению в разумных пределах.

Принимая тот факт, что были выявлены дефекты оказания медицинской помощи, которые находятся в непрямой причинной связи со смертью Ш.А.Н., суд пришел к выводу, что в соответствии с требованиями закона истцы имеют право на возмещение материального ущерба, связанного с организацией похорон умершего, приходящегося супругом и отцом истцов.

В обоснование заявленных требований о возмещении материальных затрат, связанных с погребением в размере 159 820 рублей представлены письменные доказательства, подтверждающие несение Шерстюковой Г.К. расходов по приобретению принадлежностей, работ по копке могилы, установке ограждения, стола, лавки стоимостью 61 420 рублей (29420 руб. + 32000 руб.), услуг работников ритуальной службы – 35 200 рублей. Кроме этого, понесены расходы за поминальный обед в размере 63 200 рублей.

Данные расходы суд признает необходимыми, связанными с погребением, и подтвержденными надлежащими документами, в соответствии с чем суд считает возможным взыскать указанные расходы в полном объеме в пользу Шерстюковой Г.К.

Согласно статьи 98 Гражданского процессуального кодекса РФ стороне, в пользу которой состоялось решение суда, суд присуждает возместить с другой стороны все понесенные по делу судебные расходы, за исключением случаев, предусмотренных частью второй статьи 96 настоящего Кодекса. В случае, если иск удовлетворен частично, указанные в настоящей статье судебные расходы присуждаются истцу пропорционально размеру удовлетворенных судом исковых требований, а ответчику пропорционально той части исковых требований, в которой истцу отказано.

Исходя из вышеизложенного, учитывая, что в рамках рассмотрения настоящего дела была проведена судебная медицинская экспертиза в БУЗОО «Бюро судебно – медицинской экспертизы», оплату которой ответчик БУЗОО «МСЧ-4» не произвел, а также в связи с поступлением заявления из экспертного учреждения о взыскании понесенных расходов по указанной экспертизе в размере 73 321 рубля, удовлетворением исковых требований, суд усматривает основания для взыскания с обоих ответчиков данных расходов поровну. По указанным основаниям суд также считает возможным взыскать с ответчиков поровну расходы, понесенные БУЗОО «Клинический диагностический центр» в размере 340 рублей по записи информации о МСКТ – исследовании на диск, поскольку указанное доказательство было необходимым, положено в основу экспертного заключения.

Руководствуясь ст. ст. 194-199 Гражданского процессуального кодекса РФ, суд

РЕШИЛ:

Исковые требования удовлетворить частично.

Взыскать с Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Медико – санитарная часть №4» в пользу Шерстюковой Г.К. компенсацию морального вреда в размере 30 000 рублей, в счет возмещения расходов на погребение и похороны в размере 79 910 рублей.

Взыскать с Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Медико – санитарная часть №4» в пользу Шерстюкова Д.А. компенсацию морального вреда в размере 30 000 рублей.

Взыскать с Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Медико – санитарная часть №4» в пользу Шерстюкова Ю.А. компенсацию морального вреда в размере 30 000 рублей.

Взыскать с Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Саргатская центральная районная больница» в пользу Шерстюковой Г.К. компенсацию морального вреда в размере 70 000 рублей, в счет возмещения расходов на погребение и похороны в размере 79 910 рублей.

Взыскать с Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Саргатская центральная районная больница» в пользу Шерстюкова Д.А. компенсацию морального вреда в размере 70 000 рублей.

Взыскать с Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Саргатская центральная районная больница» в пользу Шерстюкова Ю.А. компенсацию морального вреда в размере 70 000 рублей.

Взыскать с Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Медико – санитарная часть №4», Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Саргатская центральная районная больница» в пользу Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Бюро судебно – медицинской экспертизы» расходы за проведение экспертизы по 36 660 рублей 50 копеек с каждого.

Взыскать с Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Медико – санитарная часть №4», Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Саргатская центральная районная больница» в пользу Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» судебные расходы по 170 рублей с каждого.

Решение может быть обжаловано в Омский областной суд путём подачи апелляционной жалобы через Ленинский районный суд города Омска в течение месяца со дня принятия решения судом в окончательной форме.

Судья А.Т. Тынысова

Решение принято в окончательной форме 28 июля 2021 года