

Юридические аспекты оказания медицинской помощи при внутригоспитальном ишемическом инсульте

И.А. Вознюк^{1,2}, Е.Н. Никитин³, С.В. Коломенцев²

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия;

³Санкт-Петербургское ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина», Санкт-Петербург, Россия

Основные патогенетические механизмы развития внутригоспитального ишемического инсульта (ВГИИ) в целом не отличаются от классических, за исключением случаев ятрогенного происхождения. В ряде случаев развитие ВГИИ может явиться результатом недостаточной профилактики сосудистого риска или осложнением медицинского вмешательства. Особенностью оказания медицинской помощи на современном этапе развития здравоохранения является повышенная юридическая ответственность врачей в связи с широкими правовыми возможностями пациента по защите своих прав и законных интересов при получении медицинской помощи. Сам факт развития инсульта — заболевания с высокой частотой неблагоприятных исходов — противоречит сложившемуся в обществе мнению о гарантированной «защищенности» находящегося в стационаре пациента от возможного развития другого, особенно более тяжелого заболевания, и может послужить поводом для судебных разбирательств. В настоящее время при лечении пациентов с ВГИИ возникает множество сложностей, в основе которых лежат отсутствие единого подхода в системе организации оказания помощи при данной патологии, в том числе на законодательном уровне. Данные мировой литературы, собственных исследований свидетельствуют о задержках при выполнении диагностических мероприятий при инсульте у стационарных пациентов и более низких показателях качества оказания медицинской помощи. При этом роль человеческого фактора является весьма существенной и влияет на оперативность лечебно-диагностических мероприятий при ВГИИ. Правильная организация оказания медицинской помощи при ВГИИ является необходимым условием, гарантирующим пациентам получение своевременной помощи в соответствии со стандартами лечения, а медицинским работникам всех уровней — юридическую защищенность.

Ключевые слова: внутригоспитальный ишемический инсульт; организация медицинской помощи; качество медицинской помощи; юридическая ответственность медицинских работников.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Адрес для корреспонденции: 192242, Россия, Санкт-Петербург, ул. Будапештская д. 3. ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». E-mail: voznyuk@yandex.ru. Вознюк И.А.

Для цитирования: Вознюк И.А., Никитин Е.Н., Коломенцев С.В. Юридические аспекты оказания медицинской помощи при внутригоспитальном ишемическом инсульте. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии* 2020; 14(2): 70–75.

DOI: 10.25692/ACEN.2020.2.9

Поступила 29.01.2019 / Принята в печать 17.02.2020

Legal Aspects of Medical Care in Hospital-acquired Ischaemic Stroke

Igor A. Voznyuk^{1,2}, Yevgeny N. Nikitin³, Sergey V. Kolomentsev²

¹Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Saint-Petersburg, Russia;

²S.M. Kirov Military Medical Academy Ministry, Saint-Petersburg, Russia;

³S.S. Mnukhin Children's Psychiatry Center for Rehabilitation Treatment, Saint-Petersburg, Russia

Generally, the main pathogenetic mechanisms of hospital-acquired ischaemic stroke (HAIS) do not differ from classical ones, except in cases of iatrogenic origin. In certain cases, HAIS may be caused by insufficient vascular risk prevention or develop as a complication of medical intervention. At the current stage of the healthcare development, there is an increased legal responsibility of doctors, associated with the broad legal capabilities of a patient to protect their rights and legitimate interests when obtaining medical care. The very fact of a stroke — a disease with a high rate of adverse outcomes — contradicts the prevailing opinion

in the society that a patient in a hospital is guaranteed 'protection' from the possibility of developing another, especially a more serious illness, and this may give rise to judicial proceedings. Currently, many difficulties arise in the treatment of patients with H AIS, based on the lack of a unified approach to providing medical care for this pathology, including at the legislative level. Data from the world literature and our own studies demonstrate delays in performing diagnostic measures in cases of inpatient stroke and lower indicators of the quality of medical care. At the same time, the human factor is critical and affects the promptness of H AIS diagnosis and treatment. Proper organization of medical care for H AIS is a prerequisite for ensuring that patients receive timely care in accordance with the standards of treatment, and that medical employees of all levels receive legal protection.

Keywords: *hospital-acquired ischaemic stroke; organization of medical care; quality of medical care; legal responsibility of medical workers.*

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

For correspondence: 192242, Russia, Saint-Petersburg, Budapeshtskaya, 3. Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine. E-mail: HYPERLINK "mailto:voznjouk@yandex.ru" voznjouk@yandex.ru. Voznyuk I.A.

For citation: Voznyuk I.A., Nikitin Ye.N., Kolomentsev S.V. [Legal aspects of medical care in hospital-acquired ischaemic stroke]. *Annals of clinical and experimental neurology* 2020; 14(2): 70–75. (In Russ.)

DOI: 10.25692/ACEN.2020.2.9

Received 29.01.2019 / Accepted 17.02.2020

Введение

Внутригоспитальный ишемический инсульт (ВГИИ) — это острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, развивающееся у пациентов во время госпитализации в стационар по поводу острого или хронического заболевания либо для выполнения лечебно-диагностической процедуры. По данным зарубежных источников, на долю ВГИИ в структуре всех ОНМК приходится 4–17% [1]. По результатам собственных исследований за период с 01.04.2016 г. по 31.12.2018 г. доля ВГИИ в стационарах Санкт-Петербурга составляла 4,3% случаев ишемических инсультов. В настоящее время оказание помощи при ВГИИ в России представляет собой не до конца решенную проблему, комплексно затрагивающую многие аспекты рутинной работы стационара. ВГИИ является неотложным состоянием, оказание помощи при котором требует организованной работы врачей различных специальностей, рационального медицинского обеспечения, и, таким образом, представляет собой индикатор организации лечебного процесса в медицинском учреждении. Известно, что для лечения ВГИИ характерны задержки на всех этапах оказания помощи в сравнении с пациентами, госпитализированными в стационар с диагнозом «мозговой инсульт» экстренно через приемное отделение. Упущенное время, в дополнение к имеющимся противопоказаниям для проведения системной тромболитической терапии (сТЛТ), является основной причиной низкой доли пациентов, получивших реперфузионное лечение в подобных ситуациях. Эндovasкулярные вмешательства при ВГИИ зачастую носят вынужденный характер и, как следствие, лечение таких пациентов требует больших экономических затрат, даже в случае отказа от последних [2].

Проблема ВГИИ является комплексной и, помимо медицинской составляющей, включающей вопросы эпидемиологии, патогенеза, выбора врачебной стратегии, первичной и вторичной профилактики инсульта, затрагивает аспекты, на первый взгляд, не входящие в сферу ответственности лечащего врача. Являясь маркером эффективной работы стационара, вопрос ВГИИ отражает организацию неотложной помощи, работы и взаимодействия дежурной службы, внутригоспитальной логистики, медицинского снабжения, а также ответственности врача и лечебного учреждения перед пациентом и медицинскими страховыми организациями.

В условиях возрастающих требований к медицинским работникам в вопросах оказания гарантированной медицинской помощи населению в соответствии с действующими порядками и стандартами, нарушение правил оказания медицинской помощи при ВГИИ может явиться причиной для административной и даже уголовной ответственности.

В общественном сознании существует устоявшееся понятие о невозможности во время стационарного лечения по поводу одного заболевания заболеть другим, к тому же более тяжелым, способным привести к инвалидизации и даже летальному исходу. Несомненно, существуют прогнозируемые, связанные с течением определенных заболеваний или выполняемых манипуляций и вмешательств допустимые риски и осложнения. ВГИИ относится к подобным известным осложнениям «большой» сердечно-сосудистой хирургии (клапанная хирургия, операции на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения), вмешательствах на проксимальных сосудах, например, при стентировании или эндартериоэктомии внутренней сонной артерии. Так, периоперационный мозговой инсульт (инсульт во время или спустя 30 сут после проведения оперативного вмешательства), симптоматический делирий раннего послеоперационного периода, отсроченные когнитивные нарушения являются основными клиническими типами послеоперационной мозговой дисфункции [3], в кардиохирургии их частота составляет 1–3, 7–10 и 10–80% соответственно [4–6]. При этом по сравнению с другими клиническими типами послеоперационной мозговой дисфункции ВГИИ стоит на последнем месте по частоте, но при этом отличается большей тяжестью и стойкостью неврологических нарушений вследствие крупноочагового повреждения нервной ткани.

В прочих ситуациях, когда ВГИИ развивается в непрофильном отделении, в современных реалиях сам факт развития ВГИИ может быть воспринят как недопустимое событие, сравнимое, например, с получением травмы стационарным пациентом вследствие несчастного случая. И это несмотря на известный факт, что госпитализированные пациенты подвержены более высокому риску инсульта, чем в общем населении в популяции [7]. Общественное мнение в таких ситуациях в абсолютном большинстве случаев выступает на стороне пациента, а виноватыми *a priori* оказываются медицинские работники и должностные лица,

якобы ненадлежащим образом выполнявшие свои обязанности, иногда даже не относящиеся к непосредственному лечению пациента.

Как и любой несчастный случай в стационаре, повлекший вред здоровью пациента, может быть поводом для судебного разбирательства, так и развитие ВГИИ в ряде случаев может привести к подобным юридическим последствиям. Заинтересованную сторону в качестве повода для судебного разбирательства могут интересовать ряд вопросов: какие меры были приняты для профилактики развития ВГИИ, соответствовали ли современным стандартам оказания помощи своевременность, объем и качество проведенных лечебно-диагностических мероприятий. Учитывая высокий риск неблагоприятного исхода ВГИИ и инвалидизации, актуальным представляется рассмотрение через призму юридической ответственности действий медицинского персонала по оказанию медицинской помощи пациенту с ВГИИ, их соответствие действующим порядкам и стандартам.

Законодательная база

Основопологающим документом, регламентирующим отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в России, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В нем определены права и обязанности пациента в сфере охраны здоровья и гарантии реализации этих прав, а также обязанности медицинских организаций при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

Применительно к пациенту с ВГИИ особую актуальность приобретают требования ст. 4 («Основные принципы охраны здоровья») настоящего закона, отраженные, в частности, в нижеперечисленных пунктах:

- п. 1 — соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- п. 2 — приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- п. 5 — ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- п. 6 — доступность и качество медицинской помощи;
- п. 7 — недопустимость отказа в оказании медицинской помощи.

Таким образом, нахождение в стационаре должно гарантировать пациенту с ВГИИ получение своевременной всеобъемлющей помощи в строгом соответствии с принятыми стандартами лечения и протоколами оказания помощи при ОНМК.

Нормативными документами, регламентирующими оказание медицинской помощи при ОНМК, в России являются:

- приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 926н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы»;
- приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;
- приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. № 1282н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при инсульте»;

- приказ МЗ РФ от 29.12.2012 № 1740 «Об утверждении стандарта специализированной помощи при инфаркте мозга».

Лечение ВГИИ должно осуществляться с учетом принятых клинических рекомендаций и руководств, разработанных в России для лечения острого ишемического инсульта (особенно с учетом динамично меняющихся показаний к реперфузионному лечению [8, 9]), и хотя с юридической точки зрения они являются подзаконными актами (как и порядки оказания медицинской помощи), они могут использоваться для подтверждения правильности деятельности медицинского работника во время судебных разбирательств¹. Оценку правильности и обоснованности применения порядков, стандартов и клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи в каждом конкретном случае будет давать судебно-медицинский эксперт (экспертиза).

При изучении приказа МЗ РФ № 928н применительно к ВГИИ обращает на себя внимание содержание п. 16: «Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинской организации, в которой создано Отделение (прим.: отделение для пациентов с ОНМК, в настоящее время — первичное сосудистое отделение (ПСО)), осуществляется по медицинским показаниям:

- при самостоятельном обращении больного с признаками ОНМК в медицинскую организацию, в которой создано Отделение;
- при доставлении больного с признаками ОНМК бригадой скорой медицинской помощи».

То есть, в настоящее время сам факт возможности развития ОНМК в стационаре не учтен в основном нормативном документе, определяющем порядок оказания медицинской помощи при данном заболевании. Эта юридическая неточность оставляет открытым ряд вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи при ВГИИ.

В соответствии с требованиями приказа МЗ РФ № 928н в части, касающейся оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи больным с ОНМК в медицинских организациях, в которых создано специализированное неврологическое отделение (в настоящее время ПСО), регламентированы временные показатели по обследованию пациента от момента его поступления в приемное отделение стационара (забор крови для общего и биохимического анализа, коагулограммы; выполнение компьютерной томографии, перевод в профильное отделение, выполнение дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий и т.д.). Поэтому основополагающим и одним из самых принципиальных с юридической точки зрения является вопрос времени начала вышеперечисленных диагностических мероприятий у пациента с ВГИИ. Целью выполнения протокола обследования при ОНМК является селекция пациентов для проведения реперфузионного лечения.

В отношении ВГИИ вопрос, какое из событий будет выступать точкой отчета выполнения указанного стандарта оказания помощи, остается открытым:

- непосредственно время развития ВГИИ;
- время, когда было заподозрено развитие ВГИИ любым

¹ Пункт 3 ч. 1 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (вступает в силу с 01.01.2022).

медицинским работником (например, при обнаружении признаков инсульта у пациента после сна);

- время осмотра пациента с симптомами ВГИИ неврологами;
- установление предварительного (клинического) диагноза.

Также этот вопрос является важным при решении спорных ситуаций, возникающих при проверке историй болезни представителями страховых компаний на предмет правильности выставленных лечебными учреждениями счетов за оплату лечения.

Вторым нерешенным вопросом является порядок оказания медицинской помощи пациентам в стационаре (например, специализированном) в котором нет ПСО, общего неврологического отделения либо невролога вообще. В таком случае приоритетным решением представляется эвакуация пациента в ближайший региональный сосудистый центр, при невозможности — в стационар с ПСО. Однако и для медицинской организации, имеющей ПСО, вопрос перевода пациента с ВГИИ «от себя» является также не менее актуальным, особенно в свете изменившейся парадигмы о нетранспортабельности пациентов в течение 24 ч после СЛТ. В настоящее время все большее распространение при лечении острого инсульта находит подход “drip, ship and retrieve”: перевод пациентов из одного стационара в другой после и даже во время СЛТ для проведения последующей эндovasкулярной реканализации. Данный подход широко применяется за рубежом и зарекомендовал себя безопасным и эффективным. Так, при оценке оказания помощи при инсульте 44 667 пациентам 1440 клиник в США в период с 2003 г. по октябрь 2010 г. выявлено, что данный подход в лечении острого ишемического инсульта был применен в 23,5% случаях ($n = 10\,475$) [10].

При необходимости перевода пациента с ВГИИ в региональный сосудистый центр также возникает ряд организационных вопросов:

- требуется ли перед переводом в специализированный стационар выполнять частичное обследование пациента (например, нейровизуализацию, исследование крови в стационаре, где развился ВГИИ), чтобы ускорить протокол обследования в региональном сосудистом центре;
- каким медицинским транспортом и в чьем сопровождении организовывать эвакуацию пациента с ВГИИ.

Юридическая ответственность

В условиях, когда регламентация порядка оказания медицинской помощи имеет пробелы и возникает ситуация с принятием врачом решения в отношении лечения пациента, всегда встает вопрос о пределах юридической ответственности в случае наступления неблагоприятных последствий.

На медицинских работников распространяются следующие виды юридической ответственности [11]:

- дисциплинарная;
- административная;
- гражданско-правовая;
- уголовная.

Рассматривая юридическую ответственность врача, мы говорим о ней, с одной стороны, как о разновидности социальной ответственности, а с другой стороны — как о профессиональной ответственности, включающей в себя

моральную ответственность, основанную на клятве врача, которую в соответствии со ст. 71 ФЗ № 323 дают выпускники медицинских вузов, получая диплом врача. Это налагает на врача пожизненную обязанность соблюдения данных в клятве обещаний, иными словами, стандартов и правил профессионального поведения. В том числе на врача налагается обязанность соблюдать требования, предусмотренные ст. 73 ФЗ № 323. Указанная статья предписывает, что медицинские работники обязаны осуществлять свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, в том числе оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями.

За последнее время количество обращений в правоохранительные органы по фактам оказания медицинской помощи ненадлежащего качества, повлекшей неблагоприятные последствия, увеличилось. Наиболее часто дела возбуждаются по ч. 2 ст. 109 Уголовного кодекса (УК) РФ в связи с причинением смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей; по ч. 2 ст. 238 УК РФ в связи с оказанием услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей. За 2012–2017 гг. количество уголовных дел против врачей выросло в России в 5 раз (по подсчетам Следственного комитета, в 2012 г. к ним поступило 2100 обращений о некачественном оказании медпомощи, а в 2017 г. — уже 6050)². В целом таких происшествий немного, и в большинстве из них следователями по итогам процессуальных проверок выносятся постановления об отказе в возбуждении уголовных дел. Например, в январе–сентябре 2018 г. в следственные органы поступило 4868 сообщений о преступлениях, по результатам их рассмотрения возбуждено 1557 уголовных дел, а направлено в суд всего 176 уголовных дел³.

В настоящее время действия медицинских работников, влекущие смерть или вред здоровью пациента, квалифицируются по ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности), ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), ст. 238 УК РФ (производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) и ст. 293 УК РФ (халатность).

Периодически в прессе публикуются законопроекты Следственного комитета РФ о внесении поправок в УК РФ. В 2017 г. глава Следственного комитета А.И. Бастрыкин выступил с предложением ввести в УК РФ специальную статью о врачебных ошибках⁴. По мнению ведомства, это «позволит объективно оценивать динамику преступлений, совершенных медицинскими работниками, выяснять обстоятельства совершения таких преступлений не только по конкретному уголовному делу, но и в региональном масштабе, снимет возникающие на практике спорные вопросы квалификации». В июне 2019 г. в УК РФ предлагалось включить в кодекс две новые статьи. Одна из них — об оказании ненадлежащей медицинской помощи вследствие нарушения своих профессиональных обязанностей,

² Право на ошибку: как судят врачей в России. URL: <https://vrachirf.ru/concilium/47949.html>

³ Состоялась встреча Александра Бастрыкина и Леонида Рошала. URL: <https://sledcom.ru/news/item/1283900>

⁴ Следственный комитет России подготовил проект поправок в УК РФ по «медицинским» статьям. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4005878>

которые по неосторожности повлекли тяжкий вред здоровью или смерть одного или нескольких пациентов. За летальный исход максимально врача могли лишить свободы на срок до 6 лет. Вторая статья — о попытках сокрытия случаев ненадлежащей медицинской помощи, если они повлекли тяжкий вред здоровью пациента или его смерть. Речь шла о помощи допустившему такую ошибку со стороны коллег или руководства медицинского учреждения, например, с помощью подмены биологических материалов или внесения недостоверных данных в документацию. За такие действия предлагалось наказывать вплоть до лишения свободы на 4 года. Кроме того, следователи предложили изменить редакцию ст. 235 УК РФ «Незаконное осуществление медицинской и (или) фармацевтической деятельности». Если в прежней редакции этой статьи шла речь о медиках и фармацевтах, работающих без соответствующей лицензии, то теперь в нее предлагали включить медработников, работающих по заведомо поддельным дипломам или другим фальшивым документам. В новой редакции за такие деяния могло грозить лишение свободы на 4–7 лет⁵.

Также в Следственном комитете РФ и его подразделениях создаются специализированные подразделения по раскрытию преступлений в медицинской сфере. Однако, как отметил руководитель Следственного комитета РФ А.И. Бастрыкин, «создание подразделений не направлено на усиление ответственности медиков, а, наоборот, наце-

лено на объективную профессиональную оценку конкретного случая для исключения необоснованного обвинения. Поэтому такое решение поможет улучшить эффективность работы следственных подразделений, и самое главное — не допускать необоснованного нарушения прав как пациентов, так и врачей. Надеюсь, что мы придем к согласию с Национальной медицинской палатой и по вопросам использования термина «ятрогенный», и по редакции предлагаемой ст. 124.1 УК РФ, для того, чтобы исключить возможность квалифицировать врачебные дела по ст. 238 УК РФ»⁶.

Заключение

Особенностью современного здравоохранения является повышенная юридическая ответственность врачей в связи с наделянием пациента широкими правовыми возможностями по защите своих прав и законных интересов при получении медицинской помощи. Правильная организация оказания медицинской помощи при ВГИИ, включающая в себя все аспекты жизнедеятельности стационара (работа дежурной смены, квалификация и кадровый состав медицинского персонала, исправность медицинского оборудования, запас расходного имущества и т.д.), представляется в современных реалиях необходимым требованием, гарантирующим пациентам получение соответствующей помощи, а медицинским работникам всех уровней — юридическую защищенность.

Список литературы

1. Коломенцев С.В., Одинак М.М., Вознюк И.А. и др. Ишемический инсульт у стационарного пациента. Современный взгляд на состояние проблемы. *Вестник Российской военно-медицинской академии* 2017; (2): 206–212.
2. Коломенцев С.В., Вознюк И.А., Одинак М.М. и др. Актуальные вопросы клинической диагностики внутригоспитального ишемического инсульта. *Вестник Российской военно-медицинской академии* 2017; (3): 98–104.
3. Adams H.P.Jr. Ischemic cerebrovascular complications of cardiac procedures. *Circulation* 2010; 121: 846–847. DOI: 10.1161/CIR.0b013e3181d4c53b. PMID: 20142451.
4. Домнин В.В., Иванов В.А., Жбанов И.В. Результаты хирургического лечения сочетанной патологии клапанного аппарата сердца и коронарного русла и перспективы их улучшения. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия* 2011; 4(3): 43–48.
5. Цыган Н.В., Андреев Р.В., Пелешок А.С. и др. Послеоперационная мозговая дисфункция при хирургических операциях на клапанах сердца в условиях искусственного кровообращения. *Вестник Российской военно-медицинской академии* 2015; (2): 198–203.
6. Nkomo V.T., Gardin J.M., Skelton T.N. et al. Burden of valvular heart diseases: a population based study. *Lancet* 2006; 368: 1005–1011. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69208-8. PMID: 16980116.
7. Saltman A.P., Silver F.L., Fang J. et al. Care and outcomes of patients with in-hospital stroke. *J Am Med Assoc* 2015; 72: 749–755. DOI: 10.1001/jamaneuro.2015.0284. PMID: 25938195.
8. Реперфузионная терапия ишемического инсульта. Клинический протокол. М., 2019. 80 с.
9. Савелло А.В., Вознюк И.А., Свистов Д.В. Внутрисосудистое лечение ишемического инсульта в остром периоде: клинические рекомендации. СПб., 2015. 36 с.
10. Sheth K.N., Smith E.E., Grau-Sepulveda M.V. et al. Drip and ship thrombolytic therapy for acute ischemic stroke: use, temporal trends, and outcomes. *Stroke* 2015; 46: 732–739. DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.007506. PMID: 25672784.
11. Акопов В.И. Медицинское право: учебник и практикум для вузов. М., 2017. 287 с.

References

1. Kolomentsev S.V., Odinak M.M., Voznyuk I.A. et al. [Ischemic stroke in an inpatient patient. Modern view on the state of the problem]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii* 2017; 2; 206–212. (In Russ.)
2. Kolomentsev S.V., Odinak M.M., Voznyuk I.A. et al. [Actual issues of clinical diagnosis of in-hospital ischemic stroke]. *Vestnik rossiyskoy VoЕННО-meditsinskoy akademii* 2017; 3 (59); 98–104. (In Russ.)
3. Adams H.P.Jr. Ischemic cerebrovascular complications of cardiac procedures. *Circulation* 2010; 121: 846–847. DOI: 10.1161/CIR.0b013e3181d4c53b. PMID: 20142451.
4. Domnin V.V., Ivanov V.A., Zhanov I.V. et al. [Results of surgical treatment of combined pathology of the valvular apparatus of the heart and coronary bed and prospects for their improvement]. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya* 2011; 4(3): 43–48. (In Russ.)
5. Tsygan N.V., Andreev R.B., Peleshok A.C. et al. [Postoperative brain dysfunction in surgical operations on heart valves in conditions of artificial blood circulation]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii* 2015; 2; 198–203. (In Russ.)
6. Nkomo V.T., Gardin J.M., Skelton T.N. et al. Burden of valvular heart diseases: a population based study. *Lancet* 2006; 368: 1005–1011. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69208-8. PMID: 16980116.
7. Saltman A.P., Silver F.L., Fang J. et al. Care and outcomes of patients with in-hospital stroke. *J Am Med Assoc* 2015; 72: 749–755. DOI: 10.1001/jamaneuro.2015.0284. PMID: 25938195.
8. [Reperfusion therapy for ischemic stroke. Clinical protocol]. 2019; 80 p. (In Russ.)
9. Savello A.V., Voznyuk I.A., Svistov D.V. [Intravascular treatment of ischemic stroke in the acute period: clinical recommendations]. Saint Petersburg, 2015; 36 p. (In Russ.)
10. Sheth K.N., Smith E.E., Grau-Sepulveda M.V. et al. Drip and ship thrombolytic therapy for acute ischemic stroke: use, temporal trends, and outcomes. *Stroke* 2015; 46: 732–739. DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.007506. PMID: 25672784.
11. Akopov V.I. [Medical law: textbook and practice for universities]. Moscow, 2017. 287 p. (In Russ.)

⁵ Следователи допустили «врачебную ошибку». URL: https://vrachirf.ru/concilium/61058.html?from_page=Main

⁶ Состоялась встреча Александра Бастрыкина и Леонида Рошалы. URL: <https://sledcom.ru/news/item/1283900>

Информация об авторах

Вознюк Игорь Алексеевич — д.м.н., проф., зам. директора по научной работе, ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия; профессор кафедры нервных болезней, ФГБУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия

Никитин Евгений Николаевич — помощник директора по правовой работе, руководитель юридической службы, Санкт-Петербургское ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина», Санкт-Петербург, Россия

Коломенцев Сергей Витальевич — к.м.н., начальник неврологического отделения клиники нервных болезней, ФГБУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия

Information about the authors

Igor A. Voznyuk, D. Sci. (Med.), Prof., Deputy director for research, Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Saint-Petersburg, Russia; professor of the Department of nervous diseases, S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg, Russia

Yevgeny N. Nikitin, assistant director for legal work-head of the legal service, S.S. Mnukhin Children's Psychiatry Center for Rehabilitation Treatment, Saint-Petersburg, Russia

Sergey V. Kolomentsev, PhD (Med.), Head, Neurological department, Clinic of nervous diseases, S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg, Russia