

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

DOI 10.31718/2077-1096.21.2.220

УДК 616.8–009.614

Бабкіна О. П., Зосіменко В. В.

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СПІНАЛЬНІЙ АНЕСТЕЗІЇ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи

У статті наведені дані проведеного аналізу, синтезу та узагальнення отриманих результатів при наданні медичної допомоги лікарями-анестезіологами. Продемонстровано, що питанню вибору виду знеболення та виникненню можливих ускладнень, в тому числі у травмованих внаслідок дорожньо-транспортних пригод, приділяється багато уваги. Наведено, що існують випадки виникнення ускладнень, в тому числі летальні, під час або після проведення знеболення – спінальної анестезії. Підкреслено, що для з'ясування обставин, що мають значення для кримінального провадження по встановленню причинного зв'язку між належним/неналежним виконанням медичними працівниками/лікарями-анестезіологами, своїх професійних обов'язків під час огляду та лікування пацієнтів, а також настанням тяжких наслідків (в тому числі летальних) потрібні спеціальні знання, тому завжди виникає необхідність у проведенні судово-медичних експертиз. При вирішенні даних питань обов'язково проводиться аналіз медичної документації, синтез та узагальнення отриманих даних, тому велике значення має якісне ведення лікарями-анестезіологами медичної документації, яка об'єктивно відображує методи знеболення та стан хворого. Підкреслено, що лікарями-анестезіологами при відсутності як абсолютних, так і відносних протипоказань у хворих для проведення такого виду знеболення як спінальна анестезія, правильно обираються як безпосередньо лікарський засіб для її проведення, так і його доза, проводиться інфузія рідиною організму (для збільшення об'єму циркулюючої крові), тощо. Проте, зафіксовані випадки, коли виникають летальні наслідки внаслідок правильно проведеної (як з точки зору техніки проведення, так і з точки зору попереднього проведення профілактичних заходів) медичної маніпуляції – спінальної анестезії, яка призводить до розвитку колапсу з реалізацією в серцеву недостатність. Наявні у хворих соматичні захворювання (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, тощо) можуть сприяти розвитку та посилювати перебіг серцевої недостатності. Проте дефекти в наданні медичної допомоги, з якими б настання смерті хворих перебувало б у причинно-наслідковому зв'язку, відсутні. В даних випадках можна акцентувати увагу на роду смерті хворих – нещасний випадок.

Ключові слова: анестезіологія, спінальна анестезія, ускладнення, діагностика, дефекти медичної допомоги.

В останній час збільшилась кількість кримінальних проваджень, внесених до Єдиного реєстру судових розслідувань за ознаками кримінального правопорушення, передбаченого ч. 1 ст. 140 КК України з приводу неналежного виконання своїх професійних обов'язків медичними працівниками, в тому числі і лікарями-анестезіологами, внаслідок недбалого та несумлінного ставлення до своїх професійних обов'язків, що досить часто призводить до тяжких наслідків у пацієнтів. Загально відомо, що відповідно до «Положень про лікаря-анестезіолога структурного підрозділу служби анестезіології» лікар-анестезіолог повинен у своїй роботі керуватися статутом лікувально-профілактичного закладу, положенням про відділення анестезіології, даним «Положенням...» та іншими офіційними документами. Тобто, лікарі-анестезіологи відповідно до завдань структурних підрозділів лікувально-профілактичного закладу зобов'язані: знати і вміти користуватися сучасними методами діагностики і лікування, що дозволені для застосу-

вання при гострих порушеннях функцій життєво важливих органів і систем, володіти різними варіантами методів знеболювання; проводити огляд хворого в передопераційному періоді не пізніше як за день до планового оперативного втручання з метою якіснішого клініко-лабораторного обстеження та передопераційної підготовки, відповідно до графіка операцій здійснювати ретельний нагляд за станом життєво важливих функцій організму, постійно реєструвати їх у відповідних медичних документах під час операцій (знеболення) і післяопераційному періоді до їх відновлення і стабілізації та своєчасно проводити корекцію інтенсивної терапії [1, 2]. На практиці, нажалі, спостерігаються випадки, коли лікарі-анестезіологи не дотримуються рекомендацій, викладених в «Положенні...». Це стосується як забезпечення необхідного рівня спеціального обстеження хворого і проведення самого знеболювання, так і якісного ведення медичної документації, яка об'єктивно відображує зміни стану хворого, а також послідовність

застосування засобів і методів лікування, забезпечення цілеспрямованості та послідовності в лікувальному процесі; суворого дотримання санітарно-гігієнічних правил у лікувальному процесі; виконання норм професійної етики та деонтології.

Питанню вибору виду знеболення та виникненню можливих ускладнень, в тому числі у травмованих внаслідок дорожньо-транспортних пригод, приділяється багато уваги. Проте, існують випадки виникнення ускладнень, в тому числі летальних, під час або після проведення знеболення, в тому числі і спінальної анестезії [3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14]. В даних випадках для з'ясування обставин, що мають значення для кримінального провадження по встановленню причинного зв'язку між належним/неналежним виконанням медичними працівниками/лікарями-анестезіологами своїх професійних обов'язків під час огляду та лікування пацієнтів, а також настанням тяжких наслідків (в тому числі летальних) потрібні спеціальні знання, тому завжди виникає необхідність у проведенні судово-медичних експертиз. При вирішенні даних питань велике значення має аналіз медичної документації, а саме: медичних карт стаціонарного хворого, медичних карт амбулаторного хворого, результатів лабораторних та інструментальних досліджень, тощо.

Мета роботи

Проведення аналізу виявлених дефектів в наданні медичної допомоги та причинного зв'язку між належним/неналежним виконанням лікарями-анестезіологами своїх професійних обов'язків під час огляду та лікування пацієнтів з настанням тяжких наслідків.

Матеріал та методи дослідження

В ході дослідження вивчені та проаналізовані 11 випадків надання медичної допомоги лікарями-анестезіологами (медичні карти стаціонарного хворого, результати лабораторних та інструментальних досліджень, тощо), проведений аналіз, синтез та узагальнення отриманих даних.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведеного нами аналізу було виявлено, що медична допомога лікарями-анестезіологами практично у всіх випадках надається якісно, відповідно до загальноприйнятих рекомендацій.

Кейс. Під час дорожньо-транспортної пригоди гр. А. отримав тілесні ушкодження, з приводу яких був госпіталізований до міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, при цьому будь-яких даних, які б свідчили про втрату свідомості гр. А. на всьому етапі надання йому медичної допомоги, немає. В лікарні після огляду та проведення інструментальних досліджень у гр. А. виявлено: а) закрита травма тазу: уламковий перелом заднь-верхньої стінки лівої вертлю-

гової западини, уламковий крайовий перелом голівки лівої стегнової кістки, вивих в лівому кульшовому суглобі, крововиливи в м'які тканини даної анатомічної ділянки; б) відкрита травма лівої нижньої кінцівки: забійна рана на передній поверхні ділянки лівого колінного суглобу, два садна на передній поверхні ділянки лівого колінного суглобу, уламковий перелом лівого надколінка, крововилив (наявність рідкої крові) в порожнину лівого колінного суглобу. При проведенні комп'ютерної томографії визначається внутрішньосуглобовий багатофрагментарний перелом лівої вертлюгової впадини із зміщенням та з розходженням уламків довжиною до 18 мм (діастаз між фрагментами 2-16 мм) з зовнішньолатеральним підвивихом голівки лівої стегнової кістки.

В перший день госпіталізації гр. А. під внутрішньовенним наркозом проведено вправлення вивиху лівого кульшового суглобу. При цьому за даними огляду анестезіолога перебіг наркозу у хворого гладкий, тиск та пульс відповідає нормі, хворий притомний та адекватний і після маніпуляції переведений в палату для подальшого лікування. В подальшому, гр. А. з приводу наявних тілесних ушкоджень на 6-у добу після травмування планувалось проведення оперативного втручання, при якому був обраний такий вид знеболення, як спінальна анестезія. За добу до проведення втручання лікарями було цілком обґрунтовано припинена медикаментозна профілактика тромбоутворення (застосування лікарського засобу прадакса), яка надавалась з першої доби перебування в стаціонарі. Напередодні операційного втручання, після огляду хворого лікарем-анестезіологом був правильно оцінений анестезіологічний ризик (враховуючи наявність у хворого гіпертонічної хвороби, ожиріння), і за 30 хвилин до проведення знеболення було налагоджено, з метою профілактики гемодинамічних ускладнень, інфузію кристалоїдного розчину (ізотонічний фізіологічний розчин). Проте, незважаючи на проведену профілактику можливих під час анестезії ускладнень, через 50 хвилин після проведення спінальної анестезії почався процес вмирання гр. А. з того, що відбулось падіння артеріального тиску до 90/60 мм рт.ст. з підвищенням частоти серцевих скорочень до 100 за хвилину, падіння сатурації (насичення киснем крові) до 88-90% зі скаргами на задишку. Лікарем-анестезіологом у хворого було запідозрено гостру коронарну недостатність, тромбоемболію легеневої артерії? Незважаючи на проведені заходи (інфузія гепарину, інфузія кристалоїдів) у хворого продовжувалось прогресивне падіння артеріального тиску зі зниженням частоти серцевих скорочень, падіння сатурації, визначення на кардіомоніторі – асистолії. Проведені реанімаційні заходи ефекту не дали, через 30 хвилин констатовано біологічну смерть. При цьому в медичному закладі причиною смерті останнього було визначено: поєднана травма ті-

ла у вигляді переломів задньої стінки лівої вертлюгової западини тазу, крайового перелому головки та вивиху лівої стегнової кістки, перелому лівого надколінка, яка ускладнилась тромбозом вен тазу та лівої нижньої кінцівки, тромбоемболією гілок легеневої артерії.

На нашу думку, вищезазначене відповідає розвитку у гр. А. такого невідкладного стану як колапс - форма гострої судинної недостатності, яка пов'язана з вираженим падінням тону судин і зменшенням об'єму циркулюючої крові, що зумовлене, в першу чергу, зниженням симпатичної іннервації серця та судин, і як наслідок - зменшення притоку крові до серця, що веде до зменшення викиду ним крові та недостатності периферійного кровообігу. Виникнення колапсу після проведення спінальної анестезії - одне з рідких ускладнень даного виду анестезії (внаслідок так званої фармакологічної симпатектомії - блок прегангліонарних симпатичних волокон, внаслідок чого розширюються артеріоли, вени й венули - відбувається падіння загального периферичного опору і артеріального тиску з одночасним падінням венозного тиску і зменшенням надходження крові до серця), при цьому надійного методу запобігання його виникненню не існує. Також, слід зауважити, що при мікроскопічній відсутності запальної реакції в стінці судини (вени) та при відсутності ознак організації/реканалізації у згортку, мікроскопічно неможливо відрізнити зажиттєвість утворення згортку крові (тромбоз) від посмертного його утворення, тому саме макроскопічний опис виявлених в просвітах судин, особливо вен, згорток крові, має вирішальне значення для їх верифікації - то є тромбоз або посмертне згортання крові.

При дослідженні трупа гр. А. наявний опис згорток крові - червоподібні, вкриті рожевими ніжними плівками, пружні на дотик, з урахуванням відсутності взагалі будь-якого опису «зв'язку» даних згорток зі стінкою судини, виявлення згорток крові у гілках глибоких вен середньої та нижньої третин лівої гомілки (ділянка, яка не була травмована), відсутність макроскопічної різниці лівої гомілки (де нібито був тромбоз) з правою, - є недостатнім для умовиводу щодо наявності саме тромбозу (зажиттєвого утворення згорток), тим паче - для умовиводу щодо наявності саме тромбоемболії («заносу» частин тромбу з вен нижніх кінцівок/тазу до легених артерій). Отримані в результаті судово-гістологічного дослідження дані (легені - респіраторний дістрес-синдром: еритроагрегація в судинах легень, в тому числі в капілярах, з наявністю в просвітах багатьох судин еритроцитарних тромбів; ділянки ателектазу, дистелектазу альвеол, вогнища компенсаторної гострої альвеолярної емфіземи; наявність у просвітах альвеол десквамованих альвеолоцитів та альвеолярних макрофагів із серозним альвеолярним набряком, а також з рожевими гомогенними масами, що щільно прилягають до стінок альвеол

по типу гіалінових мембран; нирки: фокуси некротичного нефрозу; інші внутрішні органи: білково-дистрофія паренхіми, слабке кровонаповнення судин внутрішніх органів з порушенням реологічних властивостей крові) повністю відповідають вище наведеному нашому умовиводу - розвитку колапсу, а тромбоз в судинах легень саме еритроцитарними тромбами - це так званий марантичний тромбоз як прояв правосторонньої серцевої недостатності при колапсі.

Все це, з урахуванням отриманих нами судово-гістологічних даних (відсутність запальної реакції в стінці судини (вени) нижніх кінцівок/тазу, де виявлені тромби, відсутність вогнищ інфаркту тканини легень внаслідок «закупорки» гілок легеневої артерії тромбами, різниця у будові тромбів в судинах легень (еритроцитарні тромби) та у судинах нижніх кінцівок/тазу (змішані згортки крові: еритроцити, маси ущільненого фібрину, які інфільтровані ядерними гемокцитами), дозволяє вважати, що у разі і наявності зажиттєвого утворення згорток крові (тромбозу) у венах нижніх кінцівок/тазу гр. А. (як наслідок вимушеного тривалого ліжкового режиму з іммобілізацією лівої нижньої кінцівки) - це не має ніякого відношення до наявності саме еритроцитарних тромбів в судинах легень, тобто, в даному випадку не було виникнення такого стану як тромбоемболія гілок легеневої артерії. Тобто, в даному випадку смерть гр. А. настала внаслідок правильно проведеної (як з точки зору техніки проведення, так і з точки зору попереднього проведення профілактичних заходів) медичної маніпуляції - спінальної анестезії, яка призвела до розвитку колапсу з реалізацією в серцеву недостатність. Наявна у гр. А. ішемічна хвороба серця могла сприяти розвитку та посилити перебіг серцевої недостатності.

В даному випадку: при відсутності як абсолютних, так і відносних протипоказань для проведення такого виду знеболення як спінальна анестезія, був правильно обраний як безпосередньо лікарський засіб для її проведення, так і його доза, була розпочата і проведена інфузія рідиною організму (для збільшення об'єму циркулюючої крові) - відсутні дефекти в наданні медичної допомоги, з якими б настання смерті гр. А. перебувало б у причинно-наслідковому зв'язку. Враховуючи відсутність дефектів в наданні медичної допомоги з якими б настання смерті гр. А. перебувало б у причинно-наслідковому зв'язку (в тому числі, щодо попереднього проведення профілактики тромбоутворення, та щодо вищевказаної правильно проведеної медичної маніпуляції - спінальної анестезії), в даному випадку можна акцентувати увагу на роду смерті гр. А. - нещасний випадок.

Висновки

Для встановлення причинного зв'язку між належним/неналежним виконанням медичними працівниками/лікарями-анестезіологами своїх

професійних обов'язків під час огляду та лікування пацієнтів, а також настанням тяжких наслідків (в тому числі летальних) потрібні спеціальні знання, тому завжди виникає необхідність у проведенні судово-медичних експертиз. При вирішенні даних питань обов'язково проводиться аналіз медичної документації, синтез та узагальнення отриманих даних, тому велике значення має якісне ведення лікарями-анестезіологами медичної документації, яка об'єктивно відображає методи знеболення та стан хворого. При наданні лікарями-анестезіологами медичної допомоги зафіксовані випадки виникнення у хворих ускладнень, в тому числі і летальних, як під час, так і після проведення знеболення (спінальна анестезія). Проте слід зазначити, що лікарями-анестезіологами при відсутності як абсолютних, так і відносних протипоказань у хворих для проведення такого виду знеболення як спінальна анестезія, правильно обираються як безпосередньо лікарський засіб для її проведення, так і його доза, проводиться інфузія рідиною організму (для збільшення об'єму циркулюючої крові), тому дефекти в наданні медичної допомоги, з якими б настання смерті хворих перебувало б у причинно-наслідковому зв'язку, відсутні.

Перспективи подальших досліджень

В подальшому планується аналіз медичної документації з метою попередження помилок в наданні медичної допомоги в анестезіології та реанімації.

Refereces

1. Nakaz MOZ Ukrainy № 303 vid 08.10.1997 «Pro rehlamentatsiyu diyalnosti anesteziolohichnoi sluzhby Ukrainy» [Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 303 dated 08.10.1997 "On the regulation of the activities of the anesthesiological service of Ukraine"]. (Ukrainian)
2. Nakaz MOZ Ukrainy № 1269 vid 05.06.2019 «Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya medyko-tehnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsiyi ekstrenoi medychnoi dopomohy» [Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 1269 dated 05.06.2019 "On Approval and Implementation of Medical and Technology Documents for Emergency Medical Aid Standardization"]. (Ukrainian)

3. Khvysyuk OM, Fesenko VS, Zavelya MI, Khvysyuk OM. Anesteziya v ortopediyi ta travmatolohiyi (operatsiynе y pozaoperatsiynе zneboluvannya, likuvalni blokady) [Anesthesia in orthopedics and traumatology (operational and non-operative anesthesia, medical blockade)]. Kharkiv; 2006. 447 s. (Ukrainian)
4. Shen N, Logvinenko V. Anesteziya v travmatologii i ortopedii: Bezopasnost i perspektivy snizheniya riska nezhelatelnnykh sobyitiy v statsionare i pri statsionar-zameshchayushchikh tekhnologiyakh [Anesthesia in traumatology and orthopedics: safety and prospects for reducing the risk of undesirable events in the hospital and in hospital-replacement technologies]. LAP LAMBERT; 2016. 176 s. (Ukrainian)
5. Hryhor'yev SV, Baldin IA. Monolateralna spinalna anesteziya u sudynnyi khirurhiyi odniyeyi doby [Monolateral spinal anesthesia in the vascular surgery of one day]. Vistnyk problem biolohiyi i medytyny. 2018; 2(143): 117-120. (Ukrainian)
6. Kuchyn YuL. Spinalna anesteziya v polozhenni lezhachy na spyni u postrazhdalyykh z poyednanoyu travmoyu [Spinal anesthesia in a position lying on the back in the victims with a combined trauma]. ScienceRise. 2015; 3(6): 7. (Ukrainian)
7. Suslov VV, Fesenko UA, Fesenko VS. Spinalnaya anesteziya i analgezija [Spinal anesthesia and analgesia]. Kharkov: SIM; 2013. 543 s. (Ukrainian)
8. Ovechkin AM, Osipov SA. Oslozhneniya spinalnoy anestezi: faktory riska, profilaktika i lechenie [Complications of spinal anesthesia: risk factors, prevention and treatment]. Intensiv ter. 2005; 3: 1-8. (Ukrainian)
9. Kolomachenko VI, Krivobok VI, Fesenko VS. Bupivakain dlya regionalnoy anestezi: obzor literatury i sobstvennyy opyt [Bupivacaine for regional anesthesia: review of literature and their own experience]. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy. 2013; 7(54): 75-79 (Russian)
10. Kolomachenko VI, Fesenko VS. Deksmetomidin kak adyuvant k bupivakainu pri spinalnoy anestezi dlya artroplastiki tazobedrennogo sustava [Dexmedetomidine as an adjuvant to bupivacaine with spinal anesthesia for arthroplasty of hip joint]. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy. 2020; 16(5): 95-99. (Russian)
11. Kolomachenko VI, Fesenko VS. Sistemnyy vospalitelnyy otvet posle operatsiy na tazobedrennom sustave: sravnenie spinalnoy anestezi i kombinatsii spinalnoy anestezi s paravertebralnoy blokadoy [Systemic inflammatory response after hip surgery: comparison of spinal anesthesia and a combination of spinal anesthesia with paravertebral block]. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy. 2016; 8(79): 111-115. [Russian].
12. Fesenko VS, Zavelya MI, Krivobok VI, Khvysyuk OM. Epiduralne zneboluvannya v ortopediyi [Epidural anesthesia in orthopedics]. Kharkiv; 2010. 169 s. (Ukrainian)
13. Entsiklopediya po anesteziologii [Encyclopedia for anesthesiology]. [Internet]. [Russian]. Available from: <http://gasnet.med.yale.edu/gta/>
14. Brull R, McCartney CJ, Chan VW, El-Beheiry H. Neurological complications after regional anesthesia: contemporary estimates of risk. Anesth Analg. 2007 Apr; 104(4): 965-74.
15. Fabiano G, Pezzolla A, Filigrana MA, Ferrarese F. Traumatic shock—physiopathologic aspects. G Chir. 2008 Jan-Feb; 29(1-2): 51-7.
16. Knudson MM, Ikossi DG, Khaw L, et al. Thromboembolism after trauma: an analysis of 1602 episodes from the American College of Surgeons National Trauma Data Bank. Ann Surg. 2004; 240(3): 490-6; discussion 496-8.
17. Zink W, Graf BM. The toxicity of local anesthetics: the place of ropivacaine and levobupivacaine. Curr Opin Anaesthesiol. 2008; 21 (5): 645-650.

Реферат

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Бабкина Е.П., Зосименко В.В.

Ключевые слова: анестезиология, спинальная анестезия, осложнения, диагностика, дефекты медицинской помощи.

В статье приведены данные анализа, синтеза и обобщения полученных результатов при оказании медицинской помощи врачами-анестезиологами. Продемонстрировано, что вопросам выбора вида обезболивания и возникновения возможных осложнений, в том числе у травмированных в результате дорожно-транспортных происшествий, уделяется много внимания. Показано, что существуют случаи возникновения осложнений, в том числе летальные, во время или после проведения обезболивания - спинальной анестезии. Подчеркнуто, что для выяснения обстоятельств, имеющих значение для уголовного производства по установлению причинной связи между надлежащим/ненадлежащим исполнением медицинскими работниками/врач-анестезиолог, своих профессиональных обязанностей во время осмотра и лечения пациентов, а также наступлением тяжелых последствий (в том числе летальных) требуются специальные знания, поэтому всегда возникает необходимость в проведении судебно-медицинских экспертиз. При решении данных вопросов обязательно проводится анализ медицинской документации, синтез и обобщение полученных данных, поэтому большое значение имеет качественное ведение врачами-анестезиологами медицинской документации, которая объективно отражает методы обезболивания и состояние больного. Подчеркнуто, что врачами-анестезиологами

при отсутствии как абсолютных, так и относительных противопоказаний у больных для проведения такого вида обезболивания как спинальная анестезия, правильно выбираются как непосредственно лекарственное средство для ее проведения, так и его доза, проводится инфузия жидкостью организма (для увеличения объема циркулирующей крови), и тому подобное. Однако, зафиксированы случаи, когда возникают летальные исходы вследствие правильно проведенной (как с точки зрения техники проведения, так и с точки зрения предварительного проведения профилактических мероприятий) медицинской манипуляции - спинальной анестезии, которая приводит к развитию коллапса с реализацией в сердечную недостаточность. Имеющиеся у больных соматические заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и т.д.) могут способствовать развитию и усиливать течение сердечной недостаточности. Однако, дефекты в оказании медицинской помощи, с которыми бы наступление смерти больных находилось в причинно-следственной связи, отсутствуют. В данных случаях можно акцентировать внимание на роде смерти больных - несчастный случай.

Summary

EXPERT ASSESSMENT OF DEFECTS IN MEDICAL CARE IN SPINAL ANESTHESIA

Babkina O.P., Zosimenko V.V.

Key words: anesthesiology, spinal anesthesia, complications, diagnostics, medical care defects.

The article presents the data of analysis, synthesis and generalization of the results obtained in the provision of medical care by anesthesiologists. It has been demonstrated that the issues of choosing the type of pain relief and the occurrence of possible complications, including those injured as a result of road traffic accidents, are given a lot of attention. It has been shown that there are cases of complications, including fatal ones, during or after anesthesia - spinal anesthesia. It was emphasized that in order to clarify the circumstances that are important for criminal proceedings to establish a causal relationship between the proper / improper performance by medical workers / anesthesiologist, their professional duties during the examination and treatment of patients, as well as the onset of severe consequences (including lethal), special knowledge, therefore, there is always a need for forensic medical examinations. When solving these issues, an analysis of medical documentation, synthesis and generalization of the data obtained is necessarily carried out, therefore, high-quality maintenance of medical documentation by anesthesiologists, which objectively reflects the methods of anesthesia and the patient's condition, is of great importance. It is emphasized that in the absence of both absolute and relative contraindications in patients for this type of anesthesia such as spinal anesthesia, anesthesiologists correctly choose both the drug itself and its dose, infusion with body fluid (to increase the volume of circulating blood), and the like. However, there have been cases when deaths occur as a result of correctly performed (both from the point of view of the technique and from the point of view of preliminary preventive measures) medical manipulation - spinal anesthesia, which leads to the development of a collapse with implementation in heart failure. Somatic diseases in patients (ischemic heart disease, hypertension, etc.) can contribute to the development and intensify the course of heart failure. However, there are no defects in the provision of medical care with which the onset of death of patients was in a causal relationship. In these cases, you can focus on the kind of death of patients - an accident.