

Межрегиональное общественное объединение (ассоциация)
"Судебные медики Сибири"
ГБОУ ВПО "Новосибирский государственный медицинский университет"
Минздрава России
Учреждение Российской академии медицинских наук
"Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН"

ВЕСТНИК СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

BULLETIN OF FORENSIC MEDICINE

№ 4, Том 2, 2013 г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

В.П. Новоселов (главный редактор)
Б.А. Саркисян (зам. главного редактора)
С.В. Савченко (ответственный секретарь)
А.И. Авдеев
Ф.В. Алябьев
Ю.И. Бурого
О.М. Зороастров
Ю.С. Исаев
В.П. Конев
А.А. Овчинников
В.И. Чикун
А.Б. Шадымов
В.Э. Янковский

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.П. Ардашкин (Самара)
Е.Х. Баринов (Москва)
В.Т. Бачинский (Черновцы)
В.И. Витер (Ижевск)
Ф.А. Галицкий (Астана)
И.Н. Иванов (Санкт-Петербург)
П.Л. Иванов (Москва)
Е.М. Кильдюшов (Москва)
А.В. Ковалев (Москва)
В.Н. Крюков (Москва)
Ю.А. Овсиюк (Минск)
Ю.И. Пиголкин (Москва)
В.Л. Попов (Санкт-Петербург)
В.А. Породенко (Краснодар)
П.О. Ромодановский (Москва)
Н.С. Эделев (Н.-Новгород)
Э.Р. Эрлих (Берлин)

Научно-практический рецензируемый журнал

Основан в декабре 2011 г.
Включен в систему Российского индекса научного цитирования.
Адрес редакции: 630087,
г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 134.
Тел./факс: (383) 346-00-19.
E-mail: sme@sibsme.ru
Издатель: STT Publishing
E-mail: stt@sttonline.com

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций Министерства связи и массовых коммуникаций Российской Федерации. Рег. номер ПИ № -ФС77-47992 от 28.12.2011 г.

При любом использовании материалов журнала ссылка обязательна.

СОДЕРЖАНИЕ

Contents

От редакции 4 From Editor-in-Chief

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL RESEARCH

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ БЮРО
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СИБИРСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА
В.П. Новоселов 5 *V.P. Novoselov*

ON SOME PROBLEMS OF REGIONAL FORENSIC MEDICAL
EXAMINATION OF THE SIBERIAN FEDERAL
DISTRICT

ОСНОВЫ АЛЬТЕРАЦИИ ПРИ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОМ
ПОВРЕЖДЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
*О.И. Бондарев, В.В. Разумов,
М.С. Бугаева, А.М. Сурков* 11

BASICS OF ALTERATIONS IN FIBROPLASTIC DAMAGE
OF RESPIRATORY SYSTEM
*O.I. Bondarev, V.V. Rasumov,
M.S. Bugaeva, A.M. Surkov*

ЯТРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ МАТЕРИНСКОЙ
СМЕРТНОСТИ В Г. НОВОСИБИРСКЕ
В ПЕРИОД 1994–2013 ГГ.
*А.П. Надеев, В.А. Жукова,
Т.А. Агеева, М.А. Козьяев* 14

TIATROGENIC PATHOLOGY OF MATERNAL MORTALITY
IN THE NOVOSIBIRSK REGION DURING THE PERIOD
OF 1994–2013

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ,
ОБРАЗОВАВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
ДЕЙСТВИЯ ГИДРОДИНАМИЧЕСКОГО ФАКТОРА
ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ТЕЛА
*В.П. Новоселов, С.В. Савченко,
Д.А. Кошляк, А.Н. Порвин* 20

EXPERT ASSESSMENT OF THE DAMAGES
DUE TO HYDRODYNAMIC EFFECT
AT THE BLUNT INJURY
OF THE BODY

ОЦЕНКА МОРФОЛОГИИ РЕАКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ПОЧЕК
В УСЛОВИЯХ КРОВОПОТЕРИ
*В.П. Новоселов, С.В. Савченко, О.А. Саковчук,
В.А. Грицингер, А.П. Надеев* 24

ASSESSMENT OF MORPHOLOGY OF REACTIVE CHANGES
AT DAMAGE IN SOFT TISSUES AND KIDNEYS
UNDER BLOOD LOSS

ОБМЕН ОПЫТОМ

EXCHANGE OF EXPERIENCES

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕЙОМИОМАТОЗА
*О.А. Дмитриева, А.В. Голубева, Б.В. Шерстюк,
И.Б. Баканович* 28

MORPHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF LEYOMIOMATOSIS
*O.A. Dmitrieva, A.V. Golubeva, B.V. Sherstuk,
I.B. Bakanovich*

О ПРИЗНАКАХ, УКАЗЫВАЮЩИХ НА НЕСООТВЕТСТВИЕ
ВЕРСИИ ОБ ОБРАЗОВАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ
Н.Н. Дебой 32

ABOUT THE SIGNS INDICATING THE FAILURE
OF THE VERSION ABOUT THE INJURIES ORIGIN

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

РАССТРОЙСТВА АДДИКЦИИ У КОМБАТАНТОВ
КАК ПРЕДДИКТОР ДЕЛИКТА

М.Ю. Наров, А.А. Овчинников, К.В. Ли 35

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ У ЛИЦ
С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

И.Л. Шестель 38

СЛУЧАИ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СМЕРТЕЛЬНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ
ПРИ УШИБЕ СЕРДЦА

*А.Б. Шадымов, А.С. Новоселов,
Е.Р. Польковский, О.Б. Литвиненко* 41

ЭКСПЕРТНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ
ТЕХНИЧЕСКИМ ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ

*Д.Е. Кузьмичев, И.М. Вильцев,
Р.В. Скребов* 43

ИСТОРИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

ИЗ ИСТОРИИ СУДЕБНОЙ СТОМАТОЛОГИИ
И КРИМИНАЛЬНОЙ АНТРОПОЛОГИИ

Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский 45

ЮБИЛЕИ

ВИТАЛИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ТОМИЛИН
(К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

..... 49

75-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ ПРОФЕССОРА ВЛАДИМИРА
ЭДУАРДОВИЧА ЯНКОВСКОГО

..... 50

ИНФОРМАЦИЯ

VII ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ
“ЗАДАЧИ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ”

(г. Москва, 21–24 октября 2013 г.) 51

8-я НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ МОСКОВСКОГО
ОБЩЕСТВА СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ “СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА И ПРАКТИКА”

*А.В. Ковалев, И.Ю. Макаров,
Е.Х. Баринов* 55

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ ЖУРНАЛА “ВЕСТНИК
СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ”

ЗА 2013 г. 57

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

..... 60

FORENSIC PSYCHIATRY

ADDICTIVE DISORDERS IN COMBATANTS AS THE
PREANNOUNCER OF DELICT

M.Yu. Narov, A.A. Ovchinnikov, K.V. Li

VIEWPOINT

LEGAL ASSESSMENT OF HARM TO HEALTH
IN PERSONS WITH COMORBIDITIES

I.L. Shestel

CASES FROM THE PRACTICE

EXCEPTIONAL CASE OF DEADLY COMPLICATION
AT HEART CONTUSION

*A.B. Shadymov, A.S. Novoselov,
E.R. Polkovskiy, O.B. Litvinenko*

EXPERT OBSERVATION
OF ELECTRIC SHOCK

*D.E. Kuzmichev, I.M. Viltsev,
R.V. Skrebov*

HISTORY OF FORENSIC MEDICINE

FROM THE HISTORY OF FORENSIC DENTISTRY
AND CRIMINALISTIC ANTHROPOLOGY

E.Kh. Barinov, P.O. Romodanovsky

ANNIVERSARIES

VITALIY TOMILIN
(TO 85TH ANNIVERSARY)

75TH ANNIVERSARY

OF PROFESSOR VLADIMIR JANKOWSKI

INFORMATION

VII ALL RUSSIA CONGRESS OF FORENSIC DOCTORS
“CHALLENGES AND WAYS OF DEVELOPMENT OF FORENSIC
SCIENCE AND PRACTICE OF EXPERT
IN MODERN CONDITIONS”

October 21–24, 2013, Moscow

8TH SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
OF YOUNG SCIENTISTS AND EXPERTS
OF THE MOSCOW SOCIETY OF FORENSIC DOCTORS
“THE MEDICOLEGAL SCIENCE
AND PRACTICE”

*A.V. Kovalev, I.Y. Makarov,
E.Kh. Barinov*

THE INDEX OF THE ARTICLES PUBLISHED
IN THE JOURNAL “BULLETIN OF FORENSIC

MEDICINE” IN 2013

INFORMATION FOR AUTHORS



ОТ РЕДАКЦИИ

Уважаемые читатели!

Закончился 2013 год, который был особенным для всей судебно-медицинской общественности страны – состоялся 7-й Всероссийский съезд судебных медиков. На съезде были подведены итоги деятельности судебно-медицинской службы за прошедший период, обсуждены проблемы и намечены пути их решения.

Для нашего журнала прошедший год также был значимым. Значительно расширилась география не только наших читателей, но и авторов публикаций, которые стали более интересными как в практическом, так и в научном отношении. Подтверждением этого служит Импакт-фактор, который по итогам двухлетнего выхода журнала составил 0,3.

С 2014 года журнал получает свою англоязычную версию, которая будет выходить в британском издательстве “Red Square Scientific”, находящемся в Лондоне и специализированном на продвижении именно российских авторов и периодики. В английском варианте журнал будет называться “The Siberian Journal of Forensic Medicine”. Таким образом, все авторы, опубликовавшие

свои статьи в нашем журнале, автоматически получают публикацию в зарубежном журнале на английском языке. Цитирование этих зарубежных публикаций будет объединено с цитированием русской версии журнала и будет суммироваться при расчете Российского индекса научного цитирования (РИНЦ). Сам журнал будет доступен в каталоге Британской библиотеки, а весной 2014 года планируется его размещение в базе SCOPUS.

Русская версия по-прежнему будет выходить в издательстве “STT”. Это же издательство будет проводить и реализовывать редакционную подписку на 2014 год. Обратите внимание, что у издательства изменились форма собственности и реквизиты.

Редакционная коллегия журнала, Совет межрегиональной общественной организации “Судебные медики Сибири” поздравляет вас с наступившим Новым 2014 годом и Рождеством Христовым, желает вам здоровья, счастья, благополучия, хорошего настроения и успехов во всех ваших делах!

Надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество с вами!

*Главный редактор журнала
“Вестник судебной медицины”
В.П. Новоселов*

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

■ УДК 340.6

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

В.П. Новоселов

ГБУЗ НСО Новосибирское областное бюро судебно-медицинской экспертизы
E-mail: sme@sibsme.ru

ON SOME PROBLEMS OF REGIONAL FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT

V.P. Novoselov

The Novosibirsk Region Bureau of Forensic Medicine

В представленной работе дан анализ некоторых проблем деятельности судебно-медицинской службы в территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы Сибирского Федерального округа. Показано негативное влияние имеющихся проблем на качество экспертиз, сроки их исполнения, и предложены пути их решения.

Ключевые слова: анализ проблем экспертной деятельности, судебно-медицинская экспертиза, Сибирский Федеральный округ, СФО, СМЭ.

In this work the authors give the analysis of some problems of forensic medical service in the territorial forensic offices in the Siberian Federal District. The negative influence of the existing problems on the quality of examinations, the timing of their implementation is shown, and ways to solve are proposed.

Key words: analysis of the problems of expert activity, forensic medical examination, the Siberian Federal District, the SFD, the FME.

В последние годы значительно возросли требования к качеству судебно-медицинских экспертиз не только со стороны правоохранительных и судебных органов, но и населения.

Однако выполнение судебно-медицинских экспертиз на современном уровне требует коренных преобразований во всей системе судебно-медицинской службы страны. За весь период совершенствования ее накопилось достаточно много проблем, без решения которых невозможно оперативно и качественно выполнять экспертизы.

В связи с этим нами была предпринята попытка проанализировать некоторые проблемы, существенно влияющие на качество работы территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы Сибирского федерального округа (СФО).

В Сибирский федеральный округ входят 12 субъектов Федерации с численностью населения 19278,01 тыс.

чел. Округ занимает практически 30% от всей территории Российской Федерации (5 144 953 км²), имеет свои природные и географическими особенности: горные массивы, низменности, болота, тайга, водные бассейны, крайние температуры, протяженность с севера на юг в несколько тысяч километров. В составе округа имеются крупные города с населением более миллиона человек и районы, где плотность населения составляет менее 1 чел. на 1 км².

Одним из самых существенных факторов, влияющих на деятельность территориального бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ), является наличие хорошей материально-технической базы.

К сожалению, материально-техническая база территориальных бюро СФО характеризуется недостаточным материально-техническим оснащением. Здания головных учреждений практически всех бюро СФО требуют капитального ремонта, а некоторые – нового строитель-

ства (Томск, Иркутск и др.). Занимаемые площади в 2–3 раза меньше, чем требуется по нормативам.

Районные отделения БСМЭ почти в 100% случаев располагаются в арендованных помещениях, находящихся в ведении центральных районных больниц (ЦРБ) и одновременно используемых патологоанатомами, т.е. одни и те же помещения, которые никоим образом не соответствуют требованиям СанПиН как по занимаемым площадям, так и по набору помещений. Многие из них размещаются в приспособленных помещениях (перестроенные гаражи, прачечные и т.д.), часть из них находится в аварийном состоянии.

Надо сказать, что в настоящее время отсутствуют вообще типовые проекты зданий для судебно-медицинской службы различного уровня, что приводит к серьезным затруднениям при проведении проектных работ. Иногда руководители субъектов РФ готовы выделить дополнительные средства для строительства, но отсутствие типовых проектов является основанием для отказа. Поэтому новые строительства превращаются в реконструкцию и капитальный ремонт не соответствующих СанПиН зданий.

Уровень обеспеченности оборудованием в СФО остается низким, при этом в среднем по всем территориям оборудование имеет износ около 70%, а в некоторых – 90–100%. В ряде территорий СФО в районных отделениях только в 30% имеются холодильные камеры для хранения трупов (табл. 1).

Финансирование БСМЭ в 2013 г. по сравнению с 2012 г. увеличилось незначительно – только в 8 территориях, не изменилось в 2, а в 2 регионах даже уменьшилось, хотя потребность в финансировании возросла. При этом фонд заработной платы практически составил от 75 до 90% от общего финансирования.

Следует отметить, что средняя заработная плата по территориям резко отличается друг от друга: врачи в городах получают в среднем ежемесячно от 20 до 40 тыс. руб., а в районных отделениях – от 14 до 33 тыс. руб., при практически одинаковом выполняемом объеме работы. Во всех территориях должностной оклад медицин-

ских работников также значительно отличается друг от друга.

Укомплектованность врачебными кадрами по СФО в среднем составляет 31,7% (в 2011 г. было около 40%), при этом в некоторых территориях укомплектованность от 20 до 30% (Р. Алтай, Р. Тыва, Р. Хакассия, г. Новокузнецк). От общего количества физических лиц врачей 30–40% – это сотрудники пенсионного и предпенсионного возраста. Исходя из такого процента укомплектованности, нагрузка на одного врача составляет от 2,5 до 4 ставок в соответствии с Приказом 346н. В то же время, установленные нормативные показатели нагрузки на 1 ставку резко отличаются друг от друга по территориям (табл. 2).

Таким образом, Приказ №346н практически не работает, и каждый субъект Федерации устанавливает свои нормативы и оплату за проделанную работу.

Пополнение молодыми кадрами практически не происходит, а если и происходит, то в незначительном количестве.

Так, за последние несколько лет из молодых специалистов, окончивших интернатуру или клиническую ординатуру, более 50% ушли из бюро судебно-медицинской экспертизы сразу после окончания обучения или через 1–2 года работы.

Нами проведен опрос молодых специалистов, ушедших из бюро СМЭ по СФО, для выяснения причин ухода, которые были следующими:

1. Низкая заработная плата при большом объеме выполняемых работ.
2. Слабая материально-техническая база и отсутствие современного оборудования.
3. Отсутствие условий для работы (отсутствие бытовых условий, стесненность, отсутствие вентиляции, горячего водоснабжения, недостаточного освещения, несоответствие рабочих мест гигиеническим требованиям и т.д.).
4. Повышенный риск заболевания вирусными инфекциями.

Таблица 1
Износ оборудования в территориальных Бюро СМЭ СФО, %

	Алтайский край	Иркутская область	Кемеровская область	Красноярский край	Новосибирская область	Республика Алтай	Республика Бурятия	Республика Хакасия	Томская область
Отдел СМЭ живых лиц		80	100	100	58	100	94	100	60
Танатология		60	100	84	35,9	95	59	95	70
Гистологическое		80	100	70	52,7	30	60	70	70
Химическое		50	100	92,2	57,2	62	68	48	5
Биохимическое	68	–	100	92,2	22,2	–	68	48	70
Биологическое		60	100	94	52	41	67	90	65
Медико-криминалистическое		80	100	93	35,5	–	57	43	80
Отдел сложных экспертиз		10	–	0	14,4	0	65	–	60
Молекулярно-генетическая лаборатория		70	–	81	51,8	–	–	–	–

5. Отсутствие оснащения автоматизированными программами рабочих мест медицинского персонала (врачей, лаборантов).
6. Отсутствие жилищно-бытовых условий, особенно в районах области.
7. Отсутствие карьерного роста.
8. Отсутствие престижа специальности.
9. Низкий уровень имиджа учреждения.
10. Отсутствие возможности подработать по своей специальности.
11. Специфика работы в районных отделениях (удаленных территориях), невозможность общения со своими коллегами (работа в одиночестве).

Поэтому можно говорить о проблеме дефицита врачебных кадров как о комплексной проблеме.

Не менее важной проблемой является и дефицит средних мед. работников, хотя он и несколько меньше, чем врачебный. Изданный Приказ МЗиСР РФ от 16.04.2008 г. № 176н "О номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации" определяет подготовку по специальности "Судебно-медицинская экспертиза", но фактически не исполняется, так как по нашей специальности в областных медицинских колледжах не производят набора студентов из-за несоответствия между количеством выпускаемых специалистов и их востребованности. В некоторых территориях остается не решенным вопрос прохождения специализации, повышения квалификации, аттестации. Вызывает удивление, почему средние мед. работники с сестринским образованием не могут работать в бюро СМЭ, в частности, в районных отделениях, где не требуется подготовка по лабораторной диагностике.

Мы не будем останавливаться на количественных показателях экспертных подразделений территориальных бюро СМЭ СФО, так как они достаточно подробно даны в статье директора Российского Центра СМЭ [2]. Ситуация примерно одна и та же во всех территориях, но хотелось бы обратить внимание на некоторые показатели

в работе отдельных подразделений территориальных бюро СМЭ СФО.

Следует отметить, что в последние годы произошел резкий скачок в увеличении количества исследований не насильственной смерти по СФО, которая за 2012 г. составила 60,4% от общего числа проведенных исследований трупов [3]. Какова причина этого феномена? А причина проста. Судебно-медицинская служба не по своей вине превратилась в патологоанатомическую, а вернее сказать, в амбулаторно-поликлиническую патанатомию. Это связано с тем, что руководители ЛПУ и поликлиник не выполняют Приказ Минздравмедпрома РФ №82 "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий" (раздел 3 – порядок направления и проведения патологоанатомического вскрытия трупа взрослого человека, умершего вне стационара), а с сентября 2013 г. приказ МЗ [7, 6]. Врачам проще направить тело больного, умершего на дому и страдающего хроническим заболеванием с известным для него исходом (онкология, неврология, фтизиария и т.д.), в судебно-медицинский морг, чем в патологоанатомический по месту жительства умершего. Выписать направление на вскрытие участковым полицейским также не составляет труда, при этом и осмотра тела не проводится, и документы из поликлиник не запрашиваются. И получается, что почти 50% работы патанатома выполняется судебно-медицинскими экспертами.

Увеличилось число умерших больных от заболеваний, направляемых из ЛПУ для судебно-медицинского исследования, что составляет в среднем до 30% всех поступивших из стационаров. В этих случаях процент расхождения диагнозов (судебно-медицинского и клинического) в среднем составляет более 40% (табл. 3).

Что это? Низкая диагностика или что-то другое?

Наряду с этим, администрация ЛПУ при смерти лиц без определенного места жительства с известными фамилиями, под любыми предлогами, вплоть до сокрытия Ф.И.О., направляет их в судебно-медицинский морг, лишь бы только не заниматься их хранением и захоронением.

Таблица 2

Принятые нормативы объема работы на 1 ставку врача – судебно-медицинского эксперта по подразделениям в Бюро СМЭ СФО

Подразделение Бюро СМЭ	Объем выполняемой работы	Норматив по Приказу МЗиСР РФ № 346н от 12.05.2010 г.
Отдел судебно-медицинской экспертизы живых лиц	от 500 до 1200	500 экспертиз
Отдел судебно-медицинской экспертизы трупов	от 80 до 220	80 экспертиз
Судебно-гистологическое отделение	от 300 до 950	300 исследований
Судебно-биологическое отделение	от 1750 до 4500	1750 объект-исследований
Медико-криминалистическое отделение	от 2000 до 4500	2000 объект-исследований
Судебно-химическое отделение	от 60 до 200	60 полных анализов
Судебно-биохимическое отделение	от 60 до 260	60 полных анализов
Отдел сложных экспертиз	от 20 до 40	20 экспертиз
Районные отделения – экспертиза живых лиц	от 120 до 350	120 экспертиз
Районные отделения – экспертиза трупов	от 60 до 160	60 экспертиз

Но есть еще более парадоксальные случаи, когда в некоторых территориях социальные службы, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, по договоренности с участковыми полицейскими, направляют умерших лиц на судебно-медицинское исследование, чтобы не заниматься их захоронением.

Возникает вопрос – “Может быть, проще объединить все эти службы и проводить тотальное вскрытие умерших?”, т.е. одновременно со своими функциями выполнять функции патологоанатомической службы и похоронного бюро.

В последние годы значительно возросла роль отдела сложных экспертиз (ОСЭ). При этом работа ОСЭ увеличилась не только в количественном отношении экспертиз, но и объемном, т.е. они стали намного сложнее. При этом увеличилось число гражданских и уголовных “врачебных дел”, которые в ряде территориальных бюро составляют от 10 до 20% от общего числа проведенных экспертиз [3,12].

С введением дополнения в ст. 144 УПК на стадии до следственной проверки назначается судебно-медицинская экспертиза по “врачебным” делам без предварительного проведения комиссионной медицинской проверки фактов нарушения медицинскими работниками установленного порядка оказания медицинской помощи органами здравоохранения [8]. Это привело к тому, что при возбуждении уголовного дела и назначении экспертизы в бюро СМЭ нет возможности проведения ее из-за отсутствия других специалистов, не участвующих уже ранее. Следовательно, данную экспертизу необходимо назначать другому бюро СМЭ.

В действующих нормативных документах до настоящего времени нет четких критериев, устанавливающих, какие виды экспертиз должны проводиться в этом отделе. Это привело к тому, что принимаются все подряд дела, лишь бы платили деньги (военно-медицинские, медико-

социальные, экспертизы качества мед. помощи и т.д.), т.е. происходит “зарабатывание” денег. Да и само название отдела не имеет четкого определения (в Приказе №346н – комиссионная, комплексная) [10].

В работе отдела существует такая серьезная проблема, касающаяся права руководителей бюро СМЭ привлекать к участию в экспертизах специалистов клинического профиля, так как это законодательно не закреплено, и все происходит на личных взаимоотношениях. При проведении экспертиз по медицинским правонарушениям до 20% случаев отсутствуют экспертные вопросы, а докладчики по делу – эксперты, выполняющие функции организатора и статиста.

При проведении экспертиз в отделе сроки исполнения, как правило, очень длительные (до 8–12 месяцев), что зависит от дефицита кадров, наличия специалистов и их возможности участия в экспертизах, от большого количества экспертиз, поступающих в отдел, а это нередко приводит к конфликтам с судьями.

Так, в соответствии с п.1 ст. 80, 85 ГПК РФ судам дано право устанавливать сроки исполнения экспертиз и, не смотря на то, что руководитель учреждения информирует суды о том, что экспертизы не будут выполнены в указанный срок по объективным причинам, судьи налагают штрафы на руководителя, которые практически никто не имеет право отменить [1, 5]. На наш взгляд, эти действия неправомерны и требуют пересмотра законодательных актов.

Судьи, направляя в отдел на экспертизу дела из других территорий, практически никогда не обосновывают мотивированно причину их направления, учитывая лишь мнение потерпевшей или обвиняемой стороны и не принимают во внимание Постановление № 28 от 21.12.2010 г. Пленума Верховного суда РФ, где в п.5 сказано: “... В определении (постановлении) о назначении экспертизы суду следует мотивировать поручение исследований экспертным учреждениям либо конкретному лицу...”, при этом зная, что территориальные бюро предназначены только для обслуживания своей территории [9].

Одной из важных проблем для территориальных бюро СМЭ СФО является организация доставки биообъектов из районных подразделений в базовое бюро. Решение этой проблемы в основном касается тех районных подразделений, которые расположены в значительной отдаленности от центра (до нескольких сотен километров). В настоящее время многие факторы: значительная отдаленность районных отделений, отсутствие транспорта в бюро СМЭ для доставки объектов, отсутствие регулярного транспортного сообщения с центром, отказ Почты России в приеме биообъектов для пересылки, отказ правоохранительных органов в осуществлении доставки их в лаборатории бюро – привели к тому, что районным экспертам приходится самостоятельно организовывать отправку, используя различные способы, при этом ответственности за доставку и сохранность, кроме эксперта, никто не несет. Во время доставки биообъектов происходит их утрата, непригодность к дальнейшему исследованию из-за промерзания, наступления гнилостных изменений. Нередко поступление био-

Таблица 3
Расхождения клинического заключительного и судебно-медицинского диагнозов (%) при исследовании трупов лиц, умерших в ЛПУ от ненасильственной причины смерти

Территория	Расхождения диагнозов при ненасильственной причине смерти (от общего числа расхождений, %)
Алтайский край	данные не учитывались
Забайкальский край	3,6
Иркутская область	данные не учитывались
Кемеровская область	данные не учитывались
Красноярский край	73,4
г. Новокузнецк	40,0
Новосибирская область	65,3
Омская область	80,0
Республика Алтай	45,0
Республика Бурятия	76,3
Республика Тыва	63,6
Республика Хакасия	15,4
Томская область	78,0

материала в бюро СМЭ для лабораторного исследования превышает месячные сроки. Также, по указанным причинам, происходит нарушение сроков получения районными подразделениями результатов дополнительных методов исследования из базового бюро. В конечном итоге это приводит к нарушению сроков производства экспертиз, их низкому качеству и отсутствию доказательности.

Следует отметить, что в действующих приказах по поводу доставки биообъектов имеются разноречивые указания.

Так, в Приказе № 182 МЗ СССР от 09.07.1991, в п.2.40.1: *Организацию доставки изъятого материала в лабораторию бюро судебно-медицинской экспертизы обеспечивают, в зависимости от конкретных обстоятельств, лицо, назначившее экспертизу трупа, либо заведующий городским (районным, межрайонным) отделением судебно-медицинской экспертизы [4].*

При этом в приказе №346н от 12.05.2010г., п. 51: *Объекты, предназначенные для инструментальных и (или) лабораторных исследований, изымают, упаковывают, опечатывают печатью экспертного подразделения и, по согласованию с органом или лицом, назначившим экспертизу, направляют в соответствующие структурные подразделения ГСЭУ. [10]*

В пункте 12 этого же приказа сказано: *... Доставка объектов и материалов осуществляется органом или лицом, назначившим экспертизу, в соответствующее структурное подразделение.*

Вопрос – кто же все-таки должен осуществлять доставку биообъектов?

Несколько слов о платных услугах, которые были разрешены здравоохранению как важный источник дополнительного внебюджетного финансирования. К сожалению, и здесь нет единого подхода. В ряде территорий СФО платные услуги включают в себя проведение экспертиз по гражданским и арбитражным делам, обследование граждан по направлению правоохранительных органов, по частным обращениям граждан в случае причинения повреждений, в том числе и половые, по исследованию трупов, эксгумация и даже ритуальные услуги. В других же территориях вообще запрещены платные услуги или разрешены частично.

По нашему мнению, необходимо конкретизировать перечень платных услуг, оказываемых для правоохранительных органов, судов, и населения, которые должны быть едиными и осуществляться судебно-медицинской службой на всей территории страны.

Надо отметить, что введение в законодательные акты обязанности проводить экспертизы по гражданским и административным делам, не дожидаясь оплаты, привело к тому, что некоторые бюро СМЭ имеют дебиторскую задолженность от нескольких сотен тысяч рублей до миллиона и более (статьи УПК). Принимаемые судами решения по оплате за экспертизы на определенных лиц, как правило, заканчиваются прекращением исполнительного производства из-за отсутствия денежных средств у указанных лиц, или оплата растягивается на

годы. Для “выбивания” долгов в штат приходится вводить дополнительно юристов. В конечном итоге, это приводит к уменьшению фонда заработной платы за счет выплат врачам-консультантам, и соответственно снижению заработной платы сотрудников бюро.

В последние годы резко вырос документооборот, а вернее сказать, мы в нем утонули. В бюро поступают сотни запросов от различных служб и ведомств: страховые компании, прокуратура, МВД, Госнаркомконтроль, отделы по розыску пропавших без вести, контролирующие и надзирающие органы, Минздрав, местные органы здравоохранения и т.д., при этом требуют дать данные за многие годы и даже десятилетия. При таком потоке запросов не всегда можно сориентироваться в их правомерности и ответах на них.

Нередко правоохранительными органами и судами устанавливаются короткие сроки для ответа, в которые нельзя уложиться, а невыполнение влечет за собой административное наказание. В то же время для ответа необходимо пересмотреть большое количество архивного материала, так как существующие электронные (регистрационные) базы появились намного позднее, и которые не всегда дают возможность формирования всего спектра запрашиваемой информации. Конечно, все это отвлекает сотрудников от выполнения своей непосредственной работы и значительно повышает рабочую нагрузку.

Часто запрашивают информацию, которая не может быть выдана в соответствии с УПК РФ, ГПК РФ и Федеральными законами. Так, по Приказу МЗ РФ № 460 от 29.12.2000 г. “Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга” необходимо было передавать Экстренные извещения в территориальный орган Роспотребнадзора по каждому случаю установления причины смерти от острого отравления [11]. Экстренные извещения должны содержать персональные данные умершего, и в случае выполнения данного приказа, это будет являться серьезным нарушением действующего законодательства вплоть до уголовной ответственности руководителя бюро.

Отказ от выдачи запрашиваемых данных приводит к негативным последствиям для руководителя территориального бюро СМЭ, вплоть до административного наказания.

Следует отметить, что в последние два десятилетия ухудшилось, а в ряде территорий прекратилось взаимодействие судебно-медицинской службы с правоохранительными органами. Это касается, в первую очередь, проведения ежегодных совместных совещаний, семинаров, конференций; работы межведомственных комиссий по решению ряда совместных вопросов. Присутствие оперативных работников или следователя при проведении судебно-медицинской экспертизы трупа, даже в случаях убийств – это редкость.

Отсутствие взаимодействия приводит к тому, что не всегда судебно-медицинский эксперт участвует в осмотре места происшествия, трупы направляют в БСМЭ без возбуждения уголовного дела в явно криминальных случаях, практически не указываются обстоятельства смер-

ти и обнаружения трупа и многое другое, что приводит к назначению дополнительных, повторных и комиссионных экспертиз. В последнее время при направлении трупа на судебно-медицинское исследование сотрудниками полиции необоснованно на разрешение экспертизы выносятся большое количество вопросов, не относящихся к проведению конкретной экспертизы. Так, в некоторых территориях, особенно при наступлении смерти лиц, страдающих хроническими заболеваниями и находящимися на учете в поликлиниках, практически в 100% случаев – невзирая на возраст умершего, обстоятельства наступления смерти, и при отсутствии каких-либо обоснований полицейскими участковыми ставится вопрос об установлении наркотических, психотропных и др. отравляющих веществ и т.д.

Как показывает практика, это ведет к значительному увеличению экспертной работы, нарушению сроков проведения экспертиз и финансовым затратам со стороны бюро при отрицательных результатах судебно-химического исследования. К сожалению, какой-либо правовой и финансовой ответственности сотрудники полиции не несут.

Заключение

Проведенный анализ проблем территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы СФО касается незначительной части их, и они не являются специфичными только для территории СФО, данные проблемы наблюдаются в той или иной степени практически во всех территориальных бюро РФ.

Решение их возможно только при едином унифицированном организационно-методическом подходе к судебно-медицинской деятельности для всех территорий РФ, основанном на нормативно-правовой базе и одновременном понимании Министерством здравоохранения РФ, правоохранительными и судебными органами важности и значимости работы судебно-медицинской службы в раскрытии преступлений и улучшении качества медицинской помощи населению.

Литература

1. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации : [принят Гос. Думой 23 окт. 2002 г.] : офиц. текст : по сост. на 08 нояб. 2013 г. – М. : Омега-Л, 2013. – 152 с.
2. Ковалев А.В. О научной и научно-организационной деятельности ФБГУ “Российский центр судебно-медицинской экспертизы” Минздрава России и перспективах ее дальнейшего развития // Суд.-мед. эксперт. – 2013. – № 4. – С. 4–6.
3. Новоселов В.П. Анализ деятельности судебно-медицинской службы СФО // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 6–11.
4. О введении в практику “Правил судебно-медицинской экспертизы трупа” : Приказ Минздрава СССР от 09.07.1991 г. № 182.
5. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации : Федеральный закон от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ.
6. О порядке проведения патологоанатомических вскрытий : Приказ Минздравмедпрома РФ от 29.04.1994 г. № 82.
7. О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий : Приказ МЗ РФ от 06.06.2013 г. № 354н.
8. О порядке проверки фактов нарушений правил, регламентирующих профессиональную деятельность медицинских работников : Письмо МЗ СССР от 12.06.1987 г. № 106-14/22.
9. О судебной экспертизе по уголовным делам : Постановление Пленума Верховного суда РФ № 28 от 21.12.2010 г.
10. Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации : Приказ МЗиСР РФ от 12.05.2010 г. № 346н.
11. Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга : Приказ МЗ РФ от 29.12.2000 г. № 460.
12. Шадымов А.Б., Колесников А.О., Лютикова Н.И. Особенности проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» акушерско-гинекологического профиля // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 11–15.

Поступила 15.12.2013

Сведения об авторах:

Новоселов Владимир Павлович, д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, главный судебно-медицинский эксперт СФО, начальник ГБУЗ НСО “Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы”, заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет” МЗ РФ.

Адрес: 630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 134.

E-mail: sme@sibsme.ru.

■ УДК 616.24 – 003.661 – 091 – 057 : 622.333

ОСНОВЫ АЛЬТЕРАЦИИ ПРИ ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

О.И. Бондарев¹, В.В. Разумов¹, М.С. Бугаева¹, А.М. Сурков²

¹ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ МЗ России

²ГУЗОТ Новокузнецкое бюро судебно-медицинской экспертизы

E-mail: gjs.bondarev@yandex.ru

BASICS OF ALTERATIONS IN FIBROPLASTIC DAMAGE OF RESPIRATORY SYSTEM

O.I. Bondarev¹, V.V. Rasumov¹, M.S. Bugaeva¹, A.M. Surkov²

¹Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine of Ministry of Health of the Russian Federation, Novokuznetsk

²Novokuznetsk Bureau of Forensic Medical Expertise, Novokuznetsk

В работе представлен современный взгляд на альтернативные источники фибропластических изменений во всех структурах легких. Эта точка зрения позволяет разрешить противоречия в учении о пневмокониозе и аргументировано трактовать его как системный процесс. Эпителиально-мезенхимальная трансформация – это феномен, заключающийся в смене фенотипа эпителиальных клеток. Реверсия фенотипа эпителиальных клеток возвращает их к типу клеток своих предшественников, к типу мезенхимальных клеток с присущей им способностью к синтезу коллагена и внеклеточного матрикса, сократительной и миграционной способностью.

Ключевые слова: пылевая патология органов дыхания, профессиональная патология, эпителиально-мезенхимальная трансформация (ЭМТ).

A contemporary sight at alternative sources of fibroplastic changes in all structures of the lungs is presented in this article. This point of view allows to resolve contradictions in the doctrine of the pneumoconiosis and to interpret it as a system process. Epithelial-mesenchymal transition is a phenomenon that consists in changing the phenotype of epithelial cells. The reversion of epithelial cell phenotype returns them to the type of their progenitor cell, the type of mesenchymal cells that have the ability to synthesize collagen and extracellular matrix, motility and migration ability.

Key words: dusty pathology of the respiratory system, occupational pathology, epithelial-mesenchymal transition.

Пылевая патология органов дыхания (ППОД) занимает второе место в структуре профессиональной заболеваемости России и остается актуальной проблемой не только для Кузбасса, но и для всей России.

Одной из сторон этой проблемы является недостаточная изученность патогенетических механизмов пневмокониозов, как визитной карточки пылевой патологии органов дыхания, так и самого пылевого бронхита.

Отсутствие научного консенсуса в понимании патогенеза пневмокониоза на протяжении многих десятилетий, разнообразие клинических проявлений и многочисленные классификации искажают представления о реальной распространенности этой многогранной и неоднозначной патологии, ее сущности и путях дальнейшего изучения.

Несмотря на длительность изучения пылевой патологии органов дыхания, не решен вопрос о воспалительной сущности и других значимых звеньях патогенеза пневмокониоза, нозологической самостоятельности пылевого бронхита, соотношении с пневмокониозом, системности кониотического поражения.

Экспериментальные исследования пылевой патологии органов дыхания не полностью разрешают эти противоречия в связи с трудностью экстраполяции их данных на клиническую ситуацию.

Противоречивость официальных представлений не способствует дальнейшему развитию проблемы пылевой

патологии органов дыхания и придает односторонность ее изучению. Однако приверженность к оригинальным убеждениям породила остающиеся пока нерешенными противоречия.

Так, по Ю.А. Лощилову обязательной начальной стадией тканевых изменений при кониотическом пневмосклерозе (КПС) является альвеолярный протеиноз, а по Г.Г. Кругликову и Б.Т. Величковскому “альвеолярный протеиноз не является обязательной стадией возникновения пневмокониоза или представляет собой кратковременный, трудноуловимый этап развития патологических изменений”.

Если по Ю.А. Лощилову выраженность кониотического пневмосклероза (КПС) ассоциируется с уровнем концентрации в пыли SiO₂ (пыли высоко-, умеренно- и слабофиброгенной), что является фактически отголоском представлений Н.А. Вигдорчика о том, что без силикоза нет пневмокониоза (ПК), то по Б.Т. Величковскому специфика этиологического фактора приводит к вариациям неспецифической реакции “респираторного взрыва”, имеющим аутоиммунные патогенетические последствия в виде клинического и морфологического разнообразия ПК.

Но если Б.Т. Величковский отрицает существование пылевого бронхита как такового, то и общая пульмонология, и профпатология признают его самостоятельной нозологической единицей. Однако единого представления о генезе этого бронхита и связи его с ПК нет. А.М.

Монаенкова, говоря о полиэтиологичности пылевого бронхита, сосредотачивается преимущественно на вторичной роли инфекции в его генезе и не конкретизирует собственно первичного, именно пылевого патогенеза этого бронхита, который (патогенез) не может быть ни аллергическим, ни термическим, ни химическим, ни радиационным, ни раздражающим, ни удушающим и никаким другим, кроме как пылевым.

Фрагментарность и противоречивость представлений о пылевой патологии дыхания искажает реальные представления о распространенности этой патологии, сроках ее развития, клинических проявлениях.

Обозначенные противоречия послужили мотивом к попыткам их разрешения путем исследования пылевой патологии органов дыхания на начальных стадиях в клинических случаях судебных экспертиз погибших шахтеров. Проведенные морфометрические исследования бронхов всех калибров, легочной паренхимы, плевры, артериальных и венозных сосудов малого круга кровообращения показали морфологическую заинтересованность всех структурных элементов дыхательной системы.

Выявлено, что начиная с начальных стадий воздействия угольно-породной пыли, во всех перечисленных компартаментах одновременно развиваются патологические изменения:

- 1) в бронхах – атрофическая бронхопатия, склероз собственной пластинки и гипертрофия его мышечного слоя и перибронхиальный склероз;
- 2) в легочной паренхиме – макрофагальная реакция, склероз межальвеолярных перегородок и очаговые зоны склероза на фоне массивных отложений угольной пыли;
- 3) в плевре – массивный склероз, утолщение и выраженные отложения угольных частиц;
- 4) в сосудах – набухание эндотелия, выраженная гипертрофия гладкомышечной ткани, периваскулярный склероз с различной степени и выраженности его запыления.

Полученные данные позволили говорить о поражении всех структур системы органов дыхания и подвели к вопросу о причине системности этого кониотического процесса [6].

Вся история изучения пневмокониоза и пылевого бронхита указывает на то, что ответ на причинность развития склероза нужно искать не в области воспаления, каким бы ни был этиологический фактор.

Анализ литературы относительно фибропластических процессов позволяет высказать предположение, что к пониманию пневмокониотического пневмосклероза можно подойти с позиций эпителиально-мезенхимальной трансформации, для которой характерна не воспалительная сущность склероза. В дальнейшем изложении статьи будет схематически изложена концепция по эпителиально-мезенхимальной трансформации, являющаяся руководством к уже начатому изучению пневмокониоза с этих позиций.

Противоречий вокруг проблемы ППОД нет, пожалуй, в представлениях о несомненно вторичном генезе легоч-

ной гипертензии при ней. Профпатология совершенно игнорирует структуры малого круга кровообращения (МКК) как паритетного, наряду с легочной паренхимой и бронхами, участника кониотического процесса. Если о них и говорится, то как о структурах, вовлекающихся в процесс не первично, а вторично, например, гипоксией через рефлекс Эйлера-Лилиестранда. При запутанности представлений о патогенезе ППОД игнорирование структур МКК можно объяснить лишь доведением до ортодоксальности принципа органопатологии, при котором представления о кониотическом процессе сосредоточены даже не на органе, а только на респираторной его части.

Итак, на сегодня нет четкого понимания ни сути пылевого бронхита, ни сущности КПС, ни степени патогенетической причастности к нему бронхов и структур МКК. Эксквизитность КПС и несостоятельность современных патогенетических представлений о нем подтверждаются отсутствием адекватного его патогенетического лечения: ни антибактериального, ни стероидного, ни другого противовоспалительного.

Методологической платформой, возможно, способной разрешить противоречия в учении о ПК, и аргументировано трактовать его как системный процесс, являются представления о феномене эпителиально-мезенхимальной трансформации (ЭМТ) [1, 5]. Этот феномен заключается в смене типа эпителиальных клеток, являющихся высокодифференцированными, то есть в явлении, до определенного времени считавшегося в биологии абсолютно невозможным, хотя давно предполагалось, что в клеточных ядрах специализированных, высокодифференцированных клеток наличествует больший запас генетической информации, чем тот, который ими реализован; что любая клетка содержит не только функционирующие, но и неактивные гены, которые под воздействием депрессирующих факторов могут, вероятно, быть активированы.

На сегодня доказана реальность перепрограммирования клеток из дифференцированного состояния обратно к менее дифференцированному уровню своих предшественников, вплоть до мульти- или плюрипотентных образований, напоминающих эмбриональные стволовые клетки. Частным случаем такой дедифференцировки клеток является эпителиально-мезенхимальная трансформация.

Эпителиальные и мезенхимальные клетки имеют единые гистогенетические корни. Реверсия фенотипа эпителиальных клеток возвращает их к типу клеток своих исторических предшественников, к типу мезенхимальных клеток с присущей им способностью к синтезу коллагена и внеклеточного матрикса, появлению сократительной и миграционной способности. ЭМТ может быть отслежена не только по изменению внешнего вида клеток при обычной световой микроскопии, но и по иммуногистохимическому и иммуноферментативному выявлению маркеров, свойственных мезенхимальным клеткам: виментина, немышечного актина, десмина, альфа-гладкомышечного актина, N-кадгерина, накоплению в экстрацеллюлярном матриксе гликозаминогликанов, указывающих на менее зрелый характер соединитель-

ной ткани, вкпе свидетельствующих о трансформации эпителиальных клеток в типичные фибробласты.

Примечательно, что в пульмонологии представления об ЭМТ вызвали первый резонанс среди учения об интерстициальных заболеваниях легких [3]. В работах отечественных авторов, подошедших к изучению идиопатических интерстициальных пневмоний с позиций рассматриваемого феномена, было показано, что многообразие форм этой патологии по темпам прогрессии заболевания, выраженности фиброза, резистентности к терапии и склонности к развитию рака зависит от глубины ЭМТ, которая определяется, скорее всего, диапазоном репрессирующих и дерепрессирующих воздействий на генетический аппарат клетки. Оказалось, что в развитии перемоделирования легочной паренхимы и развитии склероза участвуют не только клетки воспалительного инфильтрата, но и реверсированные миофибробласты апоптозно-резистентного фенотипа, считающиеся центральными клетками прогрессирования фиброза, причастными к продукции коллагена и дисрегуляторным влияниям на все клетки легочного ацинуса.

В случаях образования фиброза путем, альтернативным воспалительному, источником развития фиброза в органах являются активированные миофибробласты и фибробласты, развившиеся не из резидентных и костномозговых фибробластных предшественников, а из образовавшихся в процессе ЭМТ. Следовательно, при ЭМТ врожденные механизмы фиброгенеза отличаются от тех, которые регулируются воспалением, что и объясняет неэффективность противовоспалительной терапии при участии в патогенезе феномена ЭМТ. Таким образом, представления прошлых лет о возможности невоспалительной природы легочного фиброза в свете представлений об ЭМТ получали убедительные доказательства.

Но если и при ППОД указанные события действительно происходят так, тогда одновременное развитие фиброза и в бронхах, и в легочной ткани, и в легочных сосудах может объясняться появлением на месте реверсированных из эпителиев миофибробластов, а не пришлыми элементами, и не клетками банального воспаления, и не воспалительным, в сущности, процессом. Вполне понятно, что концепция ХОБЛ не может быть методологической платформой трактовки развития феномена ЭМТ.

Заключение

Собственными гистологическими исследованиями бронхов, легочной ткани и артерий МКК в случаях судебно-медицинских экспертиз шахтеров, погибших при техногенных катастрофах, то есть клинически еще даже не имевших проявлений ППОД, была показана одновременность развития антракосиликотического процесса в респираторной части легких, выраженных атрофических изменений слизистой бронхов с гипертрофией их гладкой мускулатуры и эндотелиоза с гипертрофией меди артерий МКК. В базальной мембране бронхов и субмембранозно выявлялись веретенообразные клетки, светомикроскопически напоминающие фибробластные структуры [4]. Теоретические выкладки и собственные данные послужили основанием приступить к гистохимическому выявлению маркеров эпителиально-мезенхи-

альной трансформации в тканевых структурах легких у работающих в условиях повышенной запыленности промышленными аэрозолями.

Литература

1. Бондарев О.И. Патологоанатомические и морфометрические исследования бронхов, респираторной ткани и сосудов малого круга кровообращения при воздействии угольно-породной пыли и при экспериментальном антракосиликозе : дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2010.
2. Бондарев О.И. и др. Судебно-медицинская экспертиза поражений сердечной мышцы у шахтеров Кузбасса по результатам аутопсий // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 1. – С. 17–20.
3. Васильев Ю.М. Перестройка молекулярной морфологии эпителиальных и соединительнотканых клеток в нормальных морфогенезах и при канцерогенезе // Биохимия. – 2008. – Т. 71, № 5. – С. 656–660.
4. Василенко И.В., Брук Б.Б., Гульков Ю.К. и др. Эпителиально-мезенхимальная и другие трансформации в норме и патологии // Патологія (Україна). – 2012. – Т. 6, № 2. – С. 4–10.
5. Коган Е.А., Тьонг Ф.В., Демура С.А. Молекулярные основы формирования вариантов идиопатического фиброзирующего альвеолита // Арх. пат. – 2009. – Т. 71, № 1. – С. 12–18.
6. Разумов В.В., Бондарев О.И. Методологические проблемы изучения пневмокониоза и пылевого бронхита: прошлое и настоящее. – Новокузнецк, 2012. – 160 с.

Поступила 01.12.2013

Сведения об авторах

Бондарев Олег Иванович, к.м.н., заведующий лабораторией НИЛ патанатомии ГБОУ ДПО “Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава РФ”.

Адрес: 654005, Кемеровская обл., г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5.

E-mail: gis.bondarev@yandex.ru.

Разумов Владимир Валентинович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой профпатологии ГБОУ ДПО “Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава РФ”, акад. РАЕН, чл.-корр. РАЕ.

Адрес: 654041, Кемеровская обл., г. Новокузнецк, а/я 375.

E-mail: razumov2@rambler.ru.

Бугаева Мария Сергеевна, научный сотрудник лаборатории НИЛ патанатомии ГБОУ ДПО “Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Минздрава РФ”.

Адрес: 654005, Кемеровская обл., г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5.

E-mail: bugms7@yandex.ru, тел.

Сурков Арнольд Михайлович, заведующий гистологическим отделом ГУЗОТ “Новокузнецкое бюро судебно-медицинской экспертизы”.

Адрес: 654037, Кемеровская обл., г. Новокузнецк, а/я 334.

E-mail: sme@online.nkz.ru

ЯТРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В Г. НОВОСИБИРСКЕ В ПЕРИОД 1994–2013 гг.

А.П. Надеев, В.А. Жукова, Т.А. Агеева, М.А. Козяев

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

E-mail: pat_anat@mail.ru.

ИATROGENIC PATHOLOGY OF MATERNAL MORTALITY IN THE NOVOSIBIRSK REGION DURING THE PERIOD OF 1994–2013

A.P. Nadeev, V.A. Jukova, T.A. Ageeva, M.A. Kozyaev

The Novosibirsk State Medical University

В статье представлены результаты изучения нозологической структуры 40 случаев материнской смерти в период 1994–2013 гг. в г. Новосибирске. Ведущими первоначальными причинами материнской смерти явилась преэклампсия, экстрагенитальная патология, гнойно-септические заболевания беременной. Наиболее часто встречающиеся причины материнской смерти – преэклампсия и гнойно-воспалительные заболевания – были трудны в прижизненной диагностике, что обусловило высокий процент расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов (20%) при материнской летальности. Ятрогенная патология, представленная преимущественно индивидуальной непереносимостью анестетиков, составляла до 10% причин смерти беременных женщин.

Ключевые слова: материнская смерть, нозология, ятрогенная патология, патологоанатомический анализ.

The article presents the results of study of nosological structure in 40 maternal deaths in the period of 1994–2013 in the city of Novosibirsk. The most of initial reasons of maternal death are preeclampsia, extragenital pathology, and septic disease of the pregnant women. The most common reasons of maternal death – preeclampsia and purulent-inflammatory diseases – were difficult to diagnose in vivo, resulting in a high percentage of differences of clinical and post-mortem diagnosis in maternal lethality – 20%. Iatrogenic pathology was represented by mainly by individual intolerance to anesthetics and caused up to 10% of death in pregnant women.

Key words: maternal death, nosology, iatrogenic pathology, pathological analysis.

Согласно официальным аналитическим данным, показатель материнской смертности в Российской Федерации составил в 1996 г. – 57,7, в 2001 г. – 36,5, 2006 г. – 23,8 на 100 тыс. живорожденных [1, 9]. Однако, несмотря на снижение показателя материнской смертности, в Российской Федерации она остается в 6–8 раз выше, чем в Западной Европе и США (2–10 на 100 тыс. новорожденных) [13].

При незначительных ежегодных колебаниях среди нозологических причин материнской смертности в России на первое место выходят акушерские кровотечения (24–25%), на второе – так называемые “гестозы” (20–25%), на третье – экстрагенитальные заболевания (16–18%), на четвертое – септические осложнения (14–15%), на пятое – анестезиологические осложнения (7,5–8%), на шестое – эмболия околоплодными водами и воздушная эмболия (6–7%), на седьмое – тромбоемболия легочной артерии (ТЭЛА) (4–5%), на восьмое – разрывы матки (3,6–4%), на девятое – прочие акушерские осложнения [5, 6], которые, однако, варьируют в зависимости от региона страны [3]. В последние годы отмечают увеличение частоты тяжелых гестозов и его атипичных форм. Так, в условиях Западной Сибири гестоз регистрируют у 17–36% беременных женщин [2].

Уровень материнской смертности напрямую зависит от ее структуры, так как именно структура отражает состояние службы охраны материнства и детства, состояние медицинской помощи в целом. Эффективная работа центров, кабинетов планирования семьи, активный и

качественный мониторинг течения беременности и родов, современные подходы к профилактике и лечению тяжелых форм гестоза, акушерских кровотечений, инфекционно-воспалительных осложнений, как правило, значимо уменьшают их долю в структуре материнской смертности. В то же время недостатки акушерско-гинекологической помощи всегда проявляются в увеличении числа материнских смертей вследствие указанных выше причин [9, 15]. Нозологическая структура материнской смертности в г. Новосибирске, являющемся крупным промышленным и научно-образовательным центром Сибири, несколько отличается от Российской Федерации [7].

Ятрогенными считаются неблагоприятные последствия лечебных или диагностических мероприятий и манипуляций, мероприятий, выполняемых по ошибочному диагнозу, случайного нанесения вреда больному в ходе плановой или экстренной операции, переливания инородной или некачественной крови, а также осложнения лекарственной терапии [10].

В этой связи, целью исследования было изучение роли ятрогенной патологии в нозологической структуре материнской смерти за период с 1994 по 2013 гг. в г. Новосибирске.

Нами исследованы 40 случаев материнской смерти в г. Новосибирске за 20 лет (1994–2013 гг.). По пятилетиям материал распределился следующим образом: 1994–1998 гг. – 19 наблюдений (47,5%); 1999–2003 гг. – 14 случаев (35%), 2004–2008 гг. – 3 случая (3,5%), 2009–

2013 г. – 4 наблюдения (10%). Таким образом, имеется отчетливая тенденция уменьшения количества материнских смертей за указанный период. Действительно, показатель материнской смертности в 2012 г. составил 4,99 на 100 тыс. живорожденных, что сопоставимо с показателями европейских стран и США.

Результаты исследования показывали, что преэклампсия является ведущей первоначальной причиной материнской смертности в г. Новосибирске (таблица): преэклампсия в качестве основного заболевания составила 22,5% случаев. Средний возраст женщин в этой группе составил $29,3 \pm 2,27$ лет. Во всех случаях формулировали диагноз основного комбинированного заболевания как сочетанный длительно текущий поздний гестоз, преэклампсия и эклампсия, с неблагоприятным фоном, которым служили чаще всего заболевания почек (гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, гломерулонефрит) – 60%, а также диспластические изменения сердца и сосудов, хронический метроэндометрит, пневмония. В 22% случаев констатировали наличие атипичных форм тяжелого гестоза (HELLP-синдром, острый жировой гепатоз беременной). Основными осложнениями преэклампсии явились: отслойка плаценты, кровотечение, развитие ДВС-синдрома, геморрагический шок, кровоизлияния в мозг, тромбоз сосудов матки, тромбоз эмболия ветвей легочной артерии, сепсис. Как правило, развивалась полиорганная недостаточность, но с доминированием на разных этапах течения заболевания острой почечной недостаточности, печеночно-почечной недостаточности, гемоглобинурийного нефроза при HELLP-синдроме.

Гнойно-септические заболевания беременных (гнойный метроэндометрит, плацентит, хориоамнионит) и экстрагенитальная патология (пиелонефрит, абсцесс миокарда, экстрагенитальный сепсис) как причина материнской смертности составили по 12,5%. Средний возраст женщин – $24,4 \pm 2,35$ лет, срок гестации варьировал от 10 до 40 недель. Во всех случаях осложнением гнойно-сеп-

тических заболеваний явился сепсис, чаще в форме септицемии с развитием септического шока, ДВС-синдрома, тромбоэмболией ветвей легочной артерии, гемолитико-уремического синдрома, а также наблюдались осложнения катетеризации и легочной реанимации. Фоном для гнойно-септических осложнений нередко служила преэклампсия, железодефицитная анемия, наркомания и др.

В ряде исследований показано взаимоотягочающее влияние гестозов и воспаления [13, 15]. В диагностике и определении последовательности развития патологических процессов – гестоза и воспалительных проявлений в матке и плаценте, их роли в танатогенезе, имеются определенные трудности, которые разрешаются при исследовании матки, ее плацентарной площадки и плаценты. В случаях гестоза отсутствие или наличие гестационной перестройки маточных спиральных артерий, обусловленной интравазальной трофобластической инвазией, наличие эндотелиоза, являющихся маркерами гестоза, а также морфологические изменения в почках (гломерулит) и печени (при атипичном течении гестозов) позволило установить длительность и выраженность проявлений гестоза, так как гестационная перестройка спиральных артерий имеет определенные временные рамки [6]. С другой стороны, характер воспалительных проявлений и пути инфицирования в системе “матка-плацентарная площадка-плацента” позволяют проследить начальные этапы возникновения воспалительного процесса и пути инфицирования при септических осложнениях.

Септический аборт, эмболии околоплодными водами и ятрогенная патология заняли третье место (по 10%). При эмболии околоплодными водами фоном послужили многоводие, крупный плод, длительно текущий сочетанный гестоз средней степени тяжести. Основными осложнениями были развитие кардиопульмонального и геморрагического шока, ДВС-синдрома, кровотечения. В матке при эмболиях околоплодными водами гистологически наблюдали зияющие сосуды, дистрофию миоцитов, склероз стромы миометрия; в сосудах легких обнаруживали эмболы из эпителиоцитов, чешуек. В одном наблюдении эмболия околоплодными водами развилась в поздний послеродовой период (через 48 ч) [8].

Акушерские кровотечения стали причиной смерти трех женщин: 1) атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде, осложненное геморрагическим шоком, сепсисом – 1 случай; 2) Разрыв (полный и неполный) матки составили 2 наблюдения, осложненные массивным послеродовым кровотечением, геморрагическим шоком, тромбоэмболией легочной артерии.

При сопоставлении клинического и патологоанатомического диагнозов расхождения по основному заболеванию наблюдали в 8 случаях (20%).

Для сравнения приведем структуру материнской смертности в г. Санкт-Петербурге в период 2001–2003 гг.: первое место занимала экстрагенитальная патология (40%), 2-е место – сепсис и эктопическая беременность (по 14%), 3-е место – аборт (8,6%) [9].

В структуре материнской смерти ятрогенная патология

Таблица
Первоначальные причины материнской смертности за 1994–2013 гг. в г. Новосибирске

Нозологические формы	Количество наблюдений
Преэклампсия, атипичные формы гестоза	9 (22,5%)
Акушерские кровотечения, разрыв матки	3 (7,5%)
Тромбоэмболия легочной артерии	2 (5%)
Акушерская эмболии околоплодными водами	4 (10%)
Септический аборт	4 (10%)
Гнойно-септические заболевания	5 (12,5%)
Эндокринная патология беременной	2 (5%)
Экстрагенитальная патология	5 (12,5%)
Эктопическая беременность	1 (2,5%)
Ятрогенная патология	4 (10%)
Другие заболевания	1 (2,5%)
Всего	40 случаев

как первоначальная причина смерти была представлена 4 наблюдениями, и как осложнение основного заболевания – 4 наблюдения. Структура ятрогенной патологии была следующей: 1) анафилактический шок на введение лидокаина, кордиамин, плазмы (3 случая), осложнившееся развитием ДВС-синдрома, отеком легкого; 2) постановочная энцефалопатия, при длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), осложненная стафилококковым сепсисом (1 случай).

В 15-м классе МКБ X пересмотра ятрогенная патология в акушерстве представлена не общей рубрикой, а разбросана в различных разделах, например, в акушерской травме, анестезиологических осложнениях.

При интубации возможны две группы осложнений: 1) обусловленных интубацией трахеи: случайная интубация пищевода с острым расширением желудка, неправильное положение трубки (попадание ее в один из главных бронхов), травма зубов, губ, языка, глотки и гортани, перелом или вывих шейного отдела позвоночника с местным, нередко массивным кровотечением, длительным стоянием интубационной трубки; 2) обусловленных проведением ИВЛ: десинхронизация режима ИВЛ с дыхательным ритмом, избыточной объем подаваемой газовой смеси, воспалительные осложнения (трахеобронхит, бронхопневмония и др.) [6, 10].

Остается высоким уровень осложнений при катетеризации подключичных вен – сквозных ранений вен и куполов плевральных полостей с пневмотораксом, особенно при многократных попытках катетеризации [10].

В качестве примера приводим следующее наблюдение. Женщина, 20 лет, поступила в родильное отделение с диагнозом: Беременность 2, 36 недель. Преэклампсия. Дисплазия соединительной ткани. Пролапс створок митрального и трикуспидального клапанов. В анамнезе: с 19-й недели наблюдалась в женской консультации, был диагностирован гестоз, отмечали патологическую прибавку веса, АД 140/80 мм рт.ст. У беременной выявлена дисплазия соединительной ткани, пролапс митрального и трикуспидального клапанов. Беременная поступила в родильный дом в тяжелом состоянии: преэклампсия, гипопропротеинемия, в условиях приемного покоя была проведена катетеризация подключичной вены справа. Через 3 ч после поступления развилась острая частичная отслойка плаценты, экстренно проведена операция “Кесарево сечение”. В раннем послеоперационном периоде у женщины развился геморрагический шок, ДВС-синдром; был диагностирован правосторонний гемоторакс. В асептических условиях было проведено дренирование правой плевральной полости, удалено 3 л жидкой крови. Через 4 ч после дренирования правой плевральной полости развился гемоторакс слева, острая сердечная недостаточность, клиническая смерть. Проведен открытый массаж сердца. Через 20 мин была констатирована биологическая смерть. Общая кровопотеря составила 8 600 мл, было перелито 19 530 мл. Посмертный клинический диагноз: Беременность 36 недель. Преэклампсия. Острая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. ДВС-синдром. Острая прогрессирующая массивная кровопотеря. Геморрагический шок III. Двусторонний тотальный

гемоторакс. Синдром полиорганной недостаточности. Острая геморрагическая анемия. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Острое повреждение легких. Токсико-гипоксический отек мозга. Острая почечно-печеночная недостаточность. Чревосечение. Истмическое кесарево сечение. Катетеризация центральных вен. Дренирование правой плевральной полости, торакотомия. Прямой массаж сердца.

При патологоанатомическом исследовании в правой плевральной полости находилось 1100 мл жидкости, окрашенной кровью, небольшое количество мелких сгустков, легкие заполняли около половины грудной полости. Левая плевральная полость была полностью заполнена геморрагической жидкостью (2300 мл) и свертками крови массой 750,0 г. Левое легкое – спавшееся, поджато к позвоночнику. Сердце, масса 380,0 г, при вскрытии полостей – сердце “пустое”. Толщина стенки левого желудочка 1,4 см, правого 0,4 см, мышца дряблая, обращало внимание множество тонких нитей (до 17) с неровным, уходящим за хорды, прикреплением. Одна из хордальных нитей была прикреплена к середине створки двустворчатого клапана, по 2–3 тонких перемычки, поперечно идущих в левом и правом желудочке. Неправильное прикрепление хордальных нитей было обнаружено и в правом желудочке. Нижняя полая вена, венозные синусы расположены правильно, строение левой подключичной артерии нормальное. В верхнюю полую вену входит расширенным устьем плечеголовная вена, имитирующая продолжение верхней полой вены, на расстоянии 0,5 см к месту бифуркации определяется ее сужение (0,9 см). Рядом определяется дефект интимы с пристеночным тромбом. Полного разрыва стенки не видно. В окружающих тканях, куполе париетальной плевры – кровоизлияния. При вскрытии левой подключичной вены, на уровне перикарда (подключичная область, 1-е ребро) ее стенка полностью пропитана кровью. В окружающих тканях, куполе левой париетальной плевры кровоизлияния. Имбибиция кровью стенки расположенной рядом с веной подключичной артерии. Стенка верхней полой вены не повреждена. Подключичная артерия в общем ложе с веной. Диаметр левой подключичной вены 0,9 см, правой – 0,9 см.

Патологоанатомический диагноз. Основное комбинированное заболевание: острая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при тяжелом гестозе и обострении хронического эндометрита при беременности 36 недель. Фоновое заболевание. Выраженная дисплазия соединительной ткани сердца и сосудов. Оперативное родоразрешение, истмическое кесарево сечение. Катетеризация подключичной вены. Осложнение. Прогрессирующий ДВС-синдром, массивное маточное кровотечение. Осложнение катетеризации: травма катетером диспластичных правой плечеголовной и левой подключичной вен. Правосторонний гемогидроторакс. Дренирование правой плевральной полости. Левосторонний гемоторакс, коллапс левого легкого. Острая постгеморрагическая анемия. Геморрагический шок. Прогрессирующая полиорганная недостаточность: острая почечная недостаточность, олигоанурическая фаза. Деструктивный отек головного мозга.

Острая сердечная недостаточность: отек правого легкого. Торакотомия, прямой массаж сердца. Сопутствующее заболевание. Послеродовой период 1 сутки.

Молодая беременная женщина поступила в отделение с клиникой тяжелого гестоза, ДВС-синдрома, клиническими проявлениями которых были: анасарка, повышенное артериальное давление, протеинурия, сниженное число тромбоцитов, хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность, кровоподтеки в местах инъекций; и морфологическими проявлениями: микотическая трансформация сосудов матки, хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность, эндотелиоз клубочков, диффузная белковая и жировая дистрофия гепатоцитов, микронекрозы с глиальной инфильтрацией в веществе головного мозга. Кроме того, имела место тяжелая дисплазия соединительной ткани сердца и сосудов в виде гипоплазии и очагов полного отсутствия мышечного слоя в стенках вен с их аневризматической трансформацией, дисплазией хордалных нитей, папиллярных мышц эндокарда. Фибриноидный некроз, тромбоз сосудов матки при тяжелом гестозе, плацентарный эндометрит привели к преждевременной отслойке плаценты, по поводу которой было проведено срочное оперативное родоразрешение с катетеризацией правой подключичной вены. Дисплазия стенок вен и узкая подключичная вена явились основными причинами случайной травмы ее катетером с последующим проколом катетером купола правой плевральной полости из плече-головной вены после операции, учитывая стабильные гемодинамические показатели у женщины в ходе операции. В дальнейшем прогрессировал ДВС-синдром, был диагностирован гемоторакс, установлена дренажная трубка, после удаления крови легкое практически расправляется. Но на этом фоне произошла травма левой диспластической подключичной вены и, в силу тесного расположения с ней артерии, произошло расслоение кровью ее стенки и вторичное кровотечение из подключичной артерии, что объясняло массивный гемоторакс слева. В этой связи прогрессировал геморрагический шок с полиорганной недостаточностью на фоне тяжелого гестоза, гипоксический отек и набухание мозга, сердечная недостаточность с отеком легких и остановкой диспластического сердца.

Таким образом, при стандартной технически выполнимой и необходимой катетеризации травма центральных вен с последующим кровотечением была связана с дисплазией вен и узкими подключичными венами, аномальным расположением подключичной артерии, имеющей общее ложе с подключичной веной. В силу кратковременности пребывания и практически неизученностью клинических проявлений дисплазии вен, эту индивидуальную особенность было невозможно предугадать. В этой связи травма центральных вен – это ятрогения, рассматривается как “несчастный случай”, и заняла место в рубрике “Осложнения” как основное смертельное осложнение с шифром V60.8 – несчастный случай при катетеризации вен [4, 5].

Клинико-анатомический анализ осложнений анестезии (наркотическая смерть) – самый трудный раздел работы патологоанатома и судебно-медицинского эксперта. Так,

при изучении наркотической карты особого внимания заслуживают неожиданные приступы тахи- или брадикардии, аритмии, артериальной и (или) венозной гипер- и гипотонии; их следует сопоставить с хронологией наркотика и временем введения конкретных лекарственных препаратов. Если регистрируется внезапное повышение систолического давления в сочетании с тахикардией, то это является отражением реакции на чрезмерное болевое раздражение (неглубокий наркоз). Появление цианоза и участие вспомогательных мышц в дыхании – признаки дыхательной или правожелудочковой недостаточности [6].

В большинстве случаев так называемая наркотическая смерть обусловлена неожиданными аллергическими реакциями или идиосинক্রазией на вещества, используемые для анестезии. В максимальной степени анафилактическая реакция реализуется в гладкомышечной оболочке бронхиального дерева посредством бронхо- и бронхиолоспазма. Аутопсия и последующая микроскопия органов дают лишь косвенные признаки подтверждения наркотических осложнений. К таковым относятся бронхоспастические реакции, избирательное венозное полнокровие мозга и его оболочек, печени, почек и селезенки при передозировке анестетиков. Диагностике способствуют также тщательная хронология деталей наркотика и сопоставление их с патоморфологическими находками. Патологоанатомическая верификация индивидуальной реакции на лекарственные препараты чрезвычайно сложна и основывается, как правило, на хронологическом совпадении резкого ухудшения состояния женщины сразу после введения лекарства.

В качестве примера анафилактического шока предлагаем следующее наблюдение. Женщина, 27 лет, первобеременная, поступила в родильный дом с диагнозом: беременность 37 недель. Продольное положение, головное предлежание. Сочетанный гестоз легкой степени, отечный вариант. Врожденный порок сердца. Операция лигирования открытого артериального протока. Резидуальная вторичная легочная гипертензия I степени. Пропалс митрального клапана 1 степени. Хроническая сердечная недостаточность I ст. Артериальная гипертензия I ст., риск 2. Варикозное расширение вен нижних конечностей ХВН I ст. Миопия средней степени обоих глаз. Атрезия слухового прохода слева. Носительство вируса простого герпеса, токсоплазмы. Хроническая вторичная компенсированная плацентарная недостаточность. Преждевременное излитие околоплодных вод.

В анамнезе операция лигирования открытого артериального протока. Консилиумом в специализированном учреждении было рекомендовано родоразрешение путем операции “Кесарево сечение”. При поступлении общее состояние удовлетворительное, жалобы отсутствовали, артериальное давление 120/80. Регулярной родовой деятельности не наблюдалось. В асептических условиях под местной анестезией Sol. Lidocaini 1% – 5 мл, проведена пункция эпидурального пространства с введением Sol. Naripini 0,75% 5 мл. Тотчас пациентка предъявила жалобы на слабость, головокружение, зарегистрировано падение артериального давления до 80/40, тахикардия 125 уд/мин. На этапе проведения анестезии

тезиологического пособия зарегистрирована остановка сердечной деятельности, клиническая смерть. Экстренно проведено родоразрешение оперативным путем на умирающей женщине. Посмертный клинический диагноз. Беременность 1-я, 37 недель. Роды 1-е. Продольное положение, головное предлежание. Сочетанный гестоз легкой степени, отечный вариант. ВПС. Операция лигирования открытого артериального протока в 1999 г. Резидуальная вторичная легочная гипертензия I степени. Пролапс митрального клапана I степени. Хроническая сердечная недостаточность I ст. ФК 2. Артериальная гипертензия I ст., риск 2. Варикозное расширение вен нижних конечностей ХВН I ст. Миопия средней степени обоих глаз. Атрезия слухового прохода слева. Хроническая вторичная компенсированная плацентарная недостаточность. Преждевременное излитие околоплодных вод. Анафилактический шок. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Остановка кровообращения. Клиническая смерть. Легочно-сердечная реанимация. Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение на умирающей женщине. Оперативные срочные роды. Торакотомия. Прямой массаж сердца. Биологическая смерть. Тромбоэмболия легочной артерии? Эмболия околоплодными водами?

При патологоанатомическом исследовании в области L1-2 установлен катетер в эпидуральном пространстве. Легкие выполняли плевральную полость, серовато-красного цвета, плотноватой консистенции, пастозные, с наличием очаговых сливных кровоизлияний на висцеральной плевре, на разрезе легкие серого цвета, малокровные. Слизистая дыхательных путей серовато-сизюшного цвета, с очаговыми кровоизлияниями в трахее. При гистологическом исследовании: полнокровие, очаги кровоизлияний; отек интерстиция; очаги ателектазов чередуются с очагами эмфиземы, в альвеолах макрофаги, сидерофаги, единичные нейтрофилы, десквамированные дистрофически измененные альвеолоциты, бронхиолоспазм, лейкостаз в сосудах; периваскулярный склероз. Сердце массой 482 г, 10x13 см, овоидной формы, на разрезе полости сердца сформированы правильно, пустые. Миокард коричневого цвета, плотной консистенции, толщина стенки левого желудочка 1,5 см, правого желудочка – 1,8 см. Полости желудочков не расширены. В области перевязки артериального протока склерозированная ткань. Гистологическое исследование показало полнокровие, стаз, очаги микрокровоизлияний, отек интерстиция; кардиомиоциты гипертрофичные, очагово в состоянии вакуольной дистрофии, очаговый кардиосклероз, местами волокна фрагментированы, спазм артериол. Почки суммарно массой 297 г, бобовидной формы, на разрезе почечный рисунок выражен: корковый слой серого цвета, пирамидки – резко темно-красные. Гистологическое исследование: полнокровие, очаги микрокровоизлияний в мозговом слое; эпителиоциты проксимальных канальцев в состоянии выраженной гидropической дистрофии и некроза. Клубочки увеличены, полнокровны. В мозговом слое резко выраженное полнокровие, отек интерстиция. Лейкостаз в сосудах микроциркуляторного русла. Печень массой 1556 г, коричневого цвета; на разрезе – резко полнокровная, имела глинистый оттенок. Гистологическое ис-

следование: неравномерное полнокровие, мелковакуольная дистрофия гепатоцитов; центрлобулярные некрозы, портальные тракты умеренно расширены, отечны, в синусоидах – лейкостаз, плазмостаз. Спинной мозг: субдуральное и эпидуральное пространство без кровоизлияний и повреждений. Гистологическое исследование: полнокровие и диапедезные кровоизлияния вещества спинного мозга, деструктивных изменений не обнаружили.

Патологоанатомический диагноз. Основное комбинированное заболевание. Т 88.6. Анафилактический шок на введение местного анестетика в эпидуральное пространство при подготовке к операции “Кесарево сечение” при сроке гестации 37 недель: падение артериального давления через 8 мин после введения анестетика, “пустое” сердце, шоковые легкие, шоковая печень, шоковые почки. Фоновое заболевание: врожденный порок сердца. Состояние после операции лигирования артериального протока. Легочное сердце: концентрическая гипертрофия правого желудочка (1,8 см). Осложнения. Клиническая смерть. Реанимация. Родоразрешение путем операции “Кесарево сечение”. Выраженное венозное полнокровие и дистрофические изменения внутренних органов. Кровоизлияния под серозные и слизистые оболочки, в паренхиму внутренних органов. Острая сердечная недостаточность.

Таким образом, при патологоанатомическом исследовании установлены морфологические проявления анафилактического шока на введение местного анестетика, который привел к респираторному дистресс-синдрому с соответствующей клинической картиной, с последующим развитием шоковых печени и почек, острой сердечной недостаточности, которая явилась непосредственной причиной смерти.

Анестезиологические осложнения как причины материнской смерти остаются серьезной проблемой в акушерстве, хотя большинство из них предотвратимо, кроме индивидуальной реакции на анестетики.

Заключение

Таким образом, клинко-морфологический анализ случаев материнской смертности в г. Новосибирске в период 1994–2013 гг. показал, что структура ее причин имеет отличия от соответствующих данных по Российской Федерации: на ведущих позициях в качестве основного заболевания находилась преэклампсия, экстрагенитальная патология, гнойно-септические заболевания беременной. Наиболее часто встречающиеся причины материнской смерти – гестоз тяжелой степени и гнойно-воспалительные заболевания, носили взаимоотношающийся характер, были трудны в прижизненной диагностике, что обусловило значительный процент расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов при материнской летальности – 20%. Ятрогенная патология, представленная преимущественно индивидуальной непереносимостью анестетиков, по-прежнему остается в акушерстве сложной проблемой, ее доля в структуре материнской смерти соответствует аналогичному показателю в России. Однако системный подход при патологоанатомическом анализе случаев мате-

ринской смерти позволил с учетом морфологических изменений в плаценте, матке и плацентарном ложе матки выделить преэклампсию как основное заболевание или фоновое заболевание, определить его атипичные формы, установить экстрагенитальную патологию, осложнившуюся сепсисом, и отличить последний от “маточного”; уточнить причины и место в структуре диагноза ятрогенной патологии, акушерских кровотечений, тромбозов, эмболий.

Литература

1. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. – М., 1997. – 154 с.
2. Гестоз – болезнь адаптации / В.Н. Серов, Н.М. Пасман, Ю.И. Бородин и др. – Новосибирск, 2001. – 178 с.
3. Материнская и младенческая смертность в Российской Федерации: состояние и прогноз (на примере Северо-западного Федерального округа). Решение коллегии Минздрава РФ от 21.06.2001 г.
4. Милованов А.П., Заратьянц О.В., Добряков А.В. и др. Системный патологоанатомический анализ причин материнской смерти // Архив патологии. – 1999. – № 4. – С. 26–30.
5. Милованов А.П. Патологоанатомический анализ причин материнских смертей // Архив патологии. – 2003. – Приложение. – 76 с.
6. Милованов А.П. Патологоанатомический анализ причин материнской смерти. – М. : МДВ, 2008. – 288 с.
7. Надеев А.П., Жукова В.А., Баланчук О.В. Системный патологоанатомический анализ материнской смертности в Новосибирске за 15 лет (1994–2008 гг.) // Архив патологии. – 2009. – № 3. – С. 19–22.
8. Надеев А.П., Жукова В.А., Агеева Т.А. и др. Наблюдение материнской смерти при поздней эмболии околоплодными водами // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 1. – С. 48–51.
9. Репина М.А. Преэклампсия и материнская смертность. – СПб. : СПбМАПО, 2005. – 208 с.
10. Тимофеев И.В. Патология лечения. – СПб. : Северо-Запад, 1999. – 656 с.
11. Шадымов А.Б., Колесников А.О., Лютикова Н.И. Особенности проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по “врачебным делам” акушерско-гинекологического профиля // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 11–16.
12. Deruelle P., Coudoux E., Ego A. et al. Risk factors for postpartum complications occurring after preeclampsia and HELLP syndrome. A study in 453 consecutive pregnancies // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2006. – Vol. 125, No. 1. – P. 59–65.
13. Luppi P., Deloia J.A. Monocytes of preeclamptic women spontaneously synthesize pro-inflammatory cytokines // Clin. Immunol. – 2006. – Vol. 118, No. 2–3. – P. 268–275.
14. Souza J.P., Cecatti J.G., Faundes A., Morais S.S., et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. // Bull World Health Organ. – 2010. – Vol. 88, No. 2. – P. 113–119.
15. Rusterholz C., Hahn S., Holzgreve W. Role of placentally produced inflammatory and regulatory cytokines in pregnancy and the etiology of preeclampsia // Semin. Immunopathol. – 2007. – Vol. 29, No. 2. – P. 151–162.

Поступила 10.12.2013

Сведения об авторах

Надеев Александр Петрович, д.м.н., профессор кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России”, Главный внештатный специалист Минздрава Новосибирской области.

Адрес: 630075, г. Новосибирск, ул. Залесского, 4.

E-mail: nadeevngma@mail.ru.

Жукова Валентина Александровна, к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России”.

Адрес: 630075, Новосибирск, ул. Залесского, 4.

E-mail: pat_anat@mail.ru.

Агеева Татьяна Августовна, д.м.н., профессор кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России”.

Адрес: 630075, г. Новосибирск, ул. Залесского, 4.

E-mail: pat_anat@mail.ru.

Козяев Михаил Александрович, к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России”, заведующий патологоанатомическим отделением ГБУЗ НСО Городская клиническая больница № 1.

Адрес: 630075, г. Новосибирск, ул. Залесского, 4.

E-mail: pat_anat@mail.ru.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ОБРАЗОВАВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ ГИДРОДИНАМИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ТЕЛА

В.П. Новоселов^{1,2}, С.В. Савченко^{1,2}, Д.А. Кошляк³, А.Н. Порвин¹

¹ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

²ГБУЗ НСО Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы

³97 Государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Центрального военного округа Минобороны России, Новосибирск

E-mail: sme@sibsme.ru, 97gcsme-nsk@mail.ru.

EXPERT ASSESSMENT OF THE DAMAGES DUE TO HYDRODYNAMIC EFFECT AT THE BLUNT INJURY OF THE BODY

V.P. Novoselov^{1,2}, S.V. Savchenko^{1,2}, D.A. Koshljak³, A.N. Porvin¹

¹The Novosibirsk State Medical University

²The Novosibirsk Region Clinical Bureau of Forensic Medicine

³97 State Center of Forensic Medicine of the Central Military District, the Ministry of Defense of the Russian Federation, Samara, Novosibirsk

На основании данных литературы рассмотрены и проанализированы основные механизмы повреждений сердца. Показано, что наиболее перспективным является изучение повреждений сердца в результате гидродинамического эффекта циркулирующей в его полостях и крупных сосудах крови. В статье представлен случай разрыва сердца в результате гидродинамического эффекта, приведена макро- и микроскопическая картина повреждений сердца.

Ключевые слова: тупая травма, гидродинамический эффект.

Basing on the literature data the main mechanisms of heart damage are observed and analyzed. It is shown that the most promising is the study of heart damage caused by hydrodynamic effect of blood circulating in its cavities and large vessels. The article presents a case of heart failure caused by hydrodynamic effect and gives the macro- and microscopic picture of the heart damages.

Key words: blunt trauma, hydrodynamic effect.

Современный этап развития урбанизации и технического прогресса характеризуется высоким уровнем травматизма и смертности в результате механической травмы. В последние годы среди механической травмы преобладают сочетанные повреждения с тяжелыми витальными последствиями [1, 2]. Закрытая травма грудной клетки с повреждением сердца относится к одним из самых тяжелых видов травм с высоким показателем летальности за счет раннего развития нарушения сердечного ритма и острой сократительной недостаточности миокарда [3, 4, 9, 10, 12, 13].

Часто повреждения сердца при закрытой тупой травме грудной клетки образуются при падениях с большой высоты, дорожно-транспортных происшествиях и ударах тупыми твердыми предметами по передней поверхности грудной клетки, в проекции расположения сердца [5, 6]. В литературе описаны редкие случаи причинения травмы сердца в результате ударных травматических воздействий тупого твердого предмета в левую половину задней поверхности грудной клетки [11].

Самые тяжелые повреждения сердца причинялись в случаях грубого сдавления груди массивными тупыми предметами, а также при переезде колесом автомобиля через грудную клетку. В таких случаях образовывались разрывы передней и задней стенок перикарда в сочетании с разрывами предсердий и желудочков сердца. Определенные морфологические особенности имели

разрывы сердца в результате падения с большой высоты. Выявляемые разрывы предсердий и желудочков сердца были причинены в результате непрямого травмирующего воздействия тупого твердого предмета вследствие гидродинамического эффекта [8].

Одним из основных вопросов при проведении судебно-медицинских экспертиз в случаях механической травмы в результате воздействия тупых твердых предметов является установление морфологии и механизма причинения повреждений, в том числе установление места приложения и направления травмирующего воздействия [5, 6, 8]. Как показывает экспертная практика, определенные трудности возникают в случаях травмы сердца, когда в проекции расположения сердца отсутствуют какие-либо повреждения кожи или костного скелета [5, 6]. Кроме этого, на первый взгляд может показаться, что в результате различных по виду травм могут причиняться однотипные повреждения сердца. Локализация и морфология повреждений сердца, как показывает практика, зависит от вида травмы, свойств травмирующего предмета, а также локализации травмирующего воздействия [5, 6, 8].

Особый интерес для судебных медиков представляет изучение морфологии, механизма и условий причинения повреждений сердца при ударных воздействиях тупыми твердыми предметами в результате гидродинамического действия циркулирующей в его полостях крови

[2, 8, 14].

Три основных фактора, влияющих на механизм образования повреждений сердца, выделяют E. Aldor et al. (1981):

- а) сдавление грудной клетки или брюшной полости;
- б) положительное или отрицательное ускорение;
- в) смещение сердца.

Основываясь на результатах анализа большого количества случаев закрытых повреждений сердца, А.П. Голиков и А.П. Борисенко (1982) выделяют три ведущих механизма, приводящих к травматизации сердца:

- а) раздавливание;
- б) резкое сжатие грудной клетки;
- в) резкое сотрясение, сопровождающееся гидродинамическим воздействием.

Ю.И. Соседко (2001), основываясь на результатах анализа судебно-медицинских экспертиз в случаях закрытых повреждений сердца, установил, что в результате удара с большой энергией массивным твердым предметом происходит резкое смещение сердца, внезапное повышение давления в аорте и полостях сердца с последующим развитием гидродинамического эффекта [8]. Автором был сделан вывод о том, что морфология повреждений сердца в результате гидродинамического эффекта зависит от места приложения травмирующего воздействия, площади соударения и энергии удара. В результате сдавления грудной клетки массивными тупыми предметами развивалась компрессия сердца между грудиной и позвоночником с резким повышением давления в полостях сердца и крупных сосудах. Нередко повреждения сердца причинялись в результате сочетания нескольких видов травмирующих воздействия.

По мнению А.В. Капустина (1997), особенности повреждений сердца в результате гидродинамического эффекта также зависят от позы потерпевшего в момент нанесения удара – наклон туловища вперед. Это способствует более плотному прилеганию сердца к передней стенке грудной клетки, повышая уязвимость органа в момент травмирования [2].

R. Pretre и M. Chilcott (1997) также подчеркивают значимость гидродинамического эффекта циркулирующей в полостях сердца крови в механизме причинения повреждений сердца, который развивается в результате резкого повышения внутригрудного и внутрисердечного давлений. Авторы считают, что резкое кратковременное повышение давления внутри желудочков способствует передаче механического импульса на стенки сердца с причинением повреждений и развитием аритмий [14].

С.В. Савченко (2002), исследуя эндокард при ушибе сердца с использованием сканирующей электронной микроскопии, обнаружил разнообразные по характеру повреждения внутренней оболочки сердца, которые нашли отражение в предложенной автором классификации [6]. Выявленные в процессе исследования надрывы, разрывы и очаги десквамации эндотелия эндокарда при ушибе сердца связаны, по мнению автора, с гидродинамическим эффектом, который возникает при ударном воздействии тупыми предметами с ограниченной поверх-

ностью соударения по груди в проекции расположения сердца.

Обобщая вышеизложенное, можно сделать вывод, что к образованию повреждений сердца при закрытой тупой травме груди при взаимодействии различных видов тупых твердых предметов с телом человека приводят следующие основные механизмы:

- 1) ударное травматическое воздействие:
 - тупым твердым предметом с ограниченной поверхностью соударения, сопровождающееся сотрясением сердца;
 - тупым твердым предметом с неограниченной поверхностью соударения, сопровождающееся выраженным явлением общего сотрясения тела;
- 2) сдавление груди;
- 3) комбинация удара и сдавления груди.

Несмотря на очевидную актуальность данной проблемы, в ходе проведенного анализа доступной литературы не было выявлено достаточного количества работ, посвященных изучению морфологии повреждений сердца в результате гидродинамического эффекта циркулирующей в его полостях и крупных сосудах крови.

В качестве примера приведем случай разрыва сердца в результате гидродинамического эффекта из нашей экспертной практики. 20.12.2012 г. в автопарке войсковой части, дислоцированной в г. Новосибирске, при открывании ворот гаражного бокса одна из створок (размерами 5,28x2,33 м) оборвалась с петель и упала на военнослужащего Г. Смерть Г. наступила на месте в течение нескольких минут.

При наружном и внутреннем исследованиях трупа Г. было установлено: "...В лобной области, областях носа и рта, подбородочной области группа соединяющихся между собой ссадин и кровоподтеков неопределенной формы, размерами от мелкоочечных до 2,5x0,7 см, расположенных по дуге, открытой в правую сторону. В области левого лопаточно-ключичного треугольника кровоподтек неопределенной формы, размерами 3,5x1,5 см, багрово-синего цвета... В мягких тканях затылочной области определяется кровоизлияние овальной формы, темно-красного цвета, размерами 10,0x7,0x0,3 см... В левой плевральной полости 2000 мл жидкой темной со свертками крови. В правой плевральной полости постороннего содержимого нет... В области корней правого и левого легких определяются очагово-диффузные кровоизлияния в паренхиму легких темно-красного цвета... Левая средостенная часть перикарда и соединяющаяся с ней средостенная плевра имеют сквозное повреждение неправильной линейной формы, размерами 12,0x0,8 см, с неровными краями, в результате чего полость перикарда соединяется с левой плевральной полостью. В полости перикарда следы жидкой темной крови. Внутренняя поверхность перикарда гладкая, блестящая, без кровоизлияний. Сердце обычной конфигурации, размерами 10,5x9,0x5,5 см... На грудино-реберной поверхности сердца в области верхушки имеется разрыв всех слоев левого желудочка неправильной линейной формы, размерами 2,8x0,8 см. Края разрыва неров-



Рис. 1. Разрывы всех слоев правого и левого желудочков в области верхушки сердца

ные, кровоподтечные. На диафрагмальной поверхности сердца в области верхушки сердца определяется аналогичный разрыв всех слоев правого желудочка неправильной линейной формы, размерами 2,5x1,0 см (рис. 1). Под эндокардом в области разрывов желудочков определяются очаговые кровоизлияния темно-красного цвета... В полостях сердца следы жидкой крови. Эндокард светло-красно-коричневый. Под эндокардом сердца кровоизлияния в виде тонких пятен и полосок (пятна Минакова). Сосочковые мышцы не утолщены, хордальные нити не укорочены. Клапаны сердца и крупных сосудов сформированы правильно, полупрозрачные, тонкие, эластичные. Определяется разрыв эндокарда и миокарда правого желудочка ниже левой полулунной заслонки клапана легочного ствола, дугообразной формы, размерами 2,5x0,2x0,2 см, с неровными краями, дугой открытой в сторону отверстия легочного ствола (рис. 2)..."

При микроскопическом исследовании препаратов миокарда желудочков были выявлены острые расстройства кровообращения в виде спазма артерий и пареза вен, хорошо визуализировались явления фрагментации мышечных волокон, располагавшиеся в большинстве полей зрения. Степень выраженности фрагментации в различных срезах была неоднородной – от имеющих вид поперечных трещин кардиомиоцитов до полного разделения групп мышечных волокон. На отдельных участках отмечались истончение и волнообразная деформация кардиомиоцитов. В строме миокарда выявлялись очаговые кровоизлияния, представленные неизменными эритроцитами. Эндокард в местах макроскопически описанных разрывов был деструктурирован, представлен в виде бесформенной массы неразличимой по строению. Эндотелиоциты и базальная мембрана не дифференцировались. В прилежащей к разрыву части эндокарда в субэндокардиальном слое определялись разрыхление и расслоение эластических волокон. Базальная мембрана с лежащими на ней эндотелиоцитами на данном участке была отслоена от субэндокардиального слоя. В подлежащих слоях миокарда определялись оча-



Рис. 2. Разрыв эндокарда и миокарда правого желудочка ниже левой полулунной заслонки клапана легочного ствола

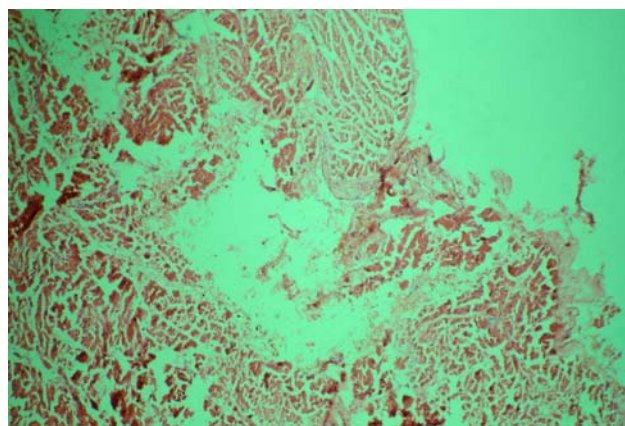


Рис. 3. Деструктивно измененный эндокард в области разрыва миокарда. Очаговое кровоизлияние в субэндокардиальный слой миокарда. Окраска гематоксилин-эозин. Ув. x100

говые кровоизлияния, представленные неизменными эритроцитами. На остальных участках эндокарда отмечались чередования зон истончения и разрыхления за счет эластических волокон субэндокардиального слоя (рис. 3).

Заключение

Приведенный нами экспертный случай позволяет заключить, что при выраженном ударном травматическом воздействии, сопровождающемся общим сотрясением тела, развивается выраженный гидродинамический эффект, приводящий к механическим повреждениям всех слоев сердечной мышцы.

Высокая частота встречаемости повреждений сердца и относительно малая разработанность данной проблемы в судебно-медицинской литературе определяют необходимость в проведении дальнейших исследований, касающихся травмы сердца с применением методов не только макроскопического, но и микроскопического исследований для разработки дифференциально-диагностических критериев, позволяющих решать вопросы о механизме травмы.

Литература

1. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений органов грудной клетки. – М. : Медицина, 1981. – С. 316.
2. Капустин А.В. Судебно-медицинская диагностика закрытых повреждений сердца при тупой травме грудной клетки // Суд.-мед. эксперт. – 1997. – № 4. – С. 7–11.
3. Ковалева М.А. Патоморфологическая оценка адренергических волокон и кровоизлияний в миокарде, а также клеточек мозгового вещества надпочечников при ушибе сердца : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2006.
4. Кошляк Д.А. Морфо-гистохимические и ультраструктурные изменения миокарда при ушибе сердца : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2008.
5. Новоселов В.П., Савченко С.В., Романова Е.А. и др. Патоморфология миокарда при ушибах сердца. – Новосибирск : Наука, 2002. – 167 с.
6. Савченко С.В. Патоморфология и судебно-медицинская оценка изменений эндокарда и миокарда при ушибах сердца : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Новосибирск, 2002.
7. Савченко С.В. Актуальные вопросы экспертной оценки морфологии сердца // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 3. – С. 5–8.
8. Соседко Ю.И. Судебно-медицинская диагностика повреждений сердца при травме тупыми предметами // Суд.-мед. эксперт. – 2001. – № 6. – С. 13–17.
9. Стажадзе Л.Л., Спиридонова Е.А., Лачаева М.А. Вопросы классификации, патогенеза, клиники и диагностики ушиба сердца // Медицина критических состояний. – 2004. – № 2. – С. 4–8.
10. Сумин А.И. Диагностика и лечение ушибов сердца при политравме // Политравма. – 2006. – № 1. – С. 85–90.
11. Жуковец И.В., Кузьмина Л.В., Соболевская Т.А., Ивкин А.А. Ушиб сердца при изолированной тупой травме грудной клетки // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. – С. 45–46.
12. Хижняк А.А., Баринов Н.В. Диагностическая информативность комплексного исследования при подозрении на травматическое повреждение сердца // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 1. – С. 41–46.
13. Elie M.-C. Blunt cardiac injury // Maunt. Sinai J. Med. – 2006. – Vol. 73, No. 2. – P. 542–552.
14. Pretre R., Chilcott M. Blunt trauma to the heart and great vessels // New Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 336, No. 9. – P. 626–632.

Поступила 15.12.2013

Сведения об авторах

Новоселов Владимир Павлович, д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, главный внештатный судебно-медицинский эксперт СФО, начальник ГБУЗ НСО “Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы”, заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет” МЗ РФ.

Адрес: 630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 134.

E-mail: sme@sibsme.ru.

Савченко Сергей Владимирович, д.м.н., профессор, заведующий курсом судебной медицины ФПК и ППВ ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет” МЗ РФ, заведующий отделом внедрения новых технологий и научных достижений ГБУЗ НСО “Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы”.

Адрес: 630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 134.

E-mail: sme@sibsme.ru.

Кошляк Дмитрий Алексеевич, к.м.н., заведующий отделением судебно-медицинской экспертизы (г. Новосибирск) 97 Государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Центрального военного округа Минобороны России.

Адрес: 630017, г. Новосибирск, Военный городок № 1, корп. 20.

E-mail: 97gcsmk-nsk@mail.ru.

Порвин Александр Николаевич, заочный аспирант кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет” МЗ РФ.

Адрес: 630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 134.

E-mail: sme@sibsme.ru.

■ УДК 340.624.21

ОЦЕНКА МОРФОЛОГИИ РЕАКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ КРОВОПОТЕРИ

В.П. Новоселов, С.В. Савченко, О.А. Саковчук, В.А. Грицингер, А.П. Надеев

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

E-mail: sme.ngmu@mail.ru.

ASSESSMENT OF MORPHOLOGY OF REACTIVE CHANGES AT DAMAGE IN SOFT TISSUES AND KIDNEYS UNDER BLOOD LOSS

V.P. Novoselov, S.V. Savchenko, O.A. Sakovchuk, V.A. Gricinger, A.P. Nadeev

The Novosibirsk State Medical University

В статье обсуждаются результаты проведенного экспериментального исследования по моделированию механической травмы, сопровождающейся повреждением мягких тканей и почки в условиях кровопотери и без нее. Выявлена определенная динамика патоморфологических изменений как в мягких тканях, так и в почке в зависимости от давности причинения повреждения.

Ключевые слова: экспериментальное моделирование, повреждение, почка, патоморфология.

The authors discuss the results of a pilot study on the modeling of mechanical trauma, accompanied by injury of soft tissues and kidney under conditions of blood loss and without. Some certain dynamics of pathological changes is revealed both in soft tissues and in kidney, depending on the age of the damage.

Key words: experimental simulation, damage, kidney, patho-morphology.

В ходе проведения судебно-медицинских исследований при различных разновидностях механической травмы одним из важнейших вопросов является установление признаков прижизненного образования повреждений и давности их возникновения [8, 10]. Разрешение этих вопросов становится возможным в результате морфологического анализа реактивных изменений в различных тканях и органах, которые характерны для тех или иных сроков течения посттравматического процесса, а также выявления острых расстройств кровообращения в зоне повреждения [3]. В данных литературы имеются сведения, которые отражают закономерности развития ответных реакций, происходящих в организме после травмы как в мягких тканях, так и во внутренних органах [9]. Однако, по мнению авторов, динамика развития реактивных изменений в посттравматическом периоде, в различных органах и тканях, протекает неодинаково, что сопряжено с их морфо-функциональными особенностями [1]. Учитывая, что тяжелая тупая травма часто сопровождается развитием кровопотери и осложняется геморрагическим шоком, при планировании настоящего исследования, принималась во внимание возможность влияния геморрагического шока на характер реактивных изменений травмируемых тканей и органов [5].

В связи с вышеизложенным, нам представилось целесообразным провести оценку патоморфологических изменений при тупой травме, сопровождающейся повреждением мягких тканей и почек на фоне геморрагического шока в эксперименте.

Экспериментальное моделирование повреждений мягких тканей и почки проводилось на лабораторных животных – самцах белых крыс линии “Вистар” массой 180–200 г.

Моделирование механической травмы осуществлялось в соответствии с “Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных” (Приложение к приказу Министерства здравоохранения СССР от 12.08.1977 г. № 755) и “Европейской конвенцией о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях” (Страсбург, 18 марта 1986 г.).

Первую группу составили животные, которые наркотизировались с применением диэтилового эфира и фиксировались на операционном станке. Моделирование геморрагического шока осуществлялось путем забора крови из хвостовой вены. С помощью мерной пробирки осуществляли контроль кровопотери, который составил 3,5–4 мл, что соответствовало 30–40% объема циркулирующей крови животного массой 180–200 г [11].

После моделирования геморрагического шока животным проводили рассечение передней брюшной стенки на 1,5 см правее срединной линии. С применением анатомического пинцета осуществляли механическое повреждение путем локальной компрессии нижнего полюса правой почки. Формирование повреждения контролировалось визуально по возникающему кровоизлиянию. Травмирование мягких тканей осуществляли путем наложения иглодержателя Гегара на 10 с на взятый в складку участок передней брюшной стенки, после чего под париетальной брюшиной в области воздействия также формировалось кровоизлияние. После моделирования тупой травмы почки и мягких тканей разрез передней брюшной полости ушивался.

Выведение животных из эксперимента проводилось в соответствии с требованиями Женевской Конвенции “International Guiding Principles for Biomedical Research

Involving Animals" (Geneva, 1990) под эфирным наркозом посредством декапитации. После декапитации производили вскрытие животного, в процессе которого осуществляли забором травмированной почки и мягких тканей с последующей фиксацией их в 10% растворе нейтрального формалина, для дальнейшего микроскопического исследования. Зафиксированные объекты обезживали в серии спиртов возрастающей концентрации и заливали в парафин. Микропрепараты толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Микроскопическое исследование проводилось с использованием микроскопа Carl Zeiss Axio Scope A.1, оснащенного цифровой видеокамерой Axio Cam ICc 3.

С целью выявления патоморфологических изменений в мягких тканях и почке при механической травме на фоне развившегося геморрагического шока, в зависимости от давности образования повреждений, животные были разделены на 7 групп по 11 животных в каждой: 1-я группа – через 1 ч после моделирования повреждения, 2-я группа – 6 ч, 3-я группа – 12 ч, 4-я группа – 24 ч, 5-я группа – 72 ч (3 суток), 6-я группа – 5 сут, 7-я группа – контрольная (образцы органов и тканей забирали сразу после моделирования повреждений мягких тканей и почки). В эксперименте были исследованы мягкие ткани и почки от 77 животных.

При микроскопии препаратов от животных из 7-й контрольной группы в мягких тканях и почке отмечали неравномерное кровенаполнение сосудов всех калибров, очаговые кровоизлияния были представлены скоплениями рыхлых и компактных масс эритроцитов, располагающихся периваскулярно и в межмышечных пространствах мягких тканей.

У животных 1-й группы через 1 ч после травмы при геморрагическом шоке в сосудах мягких тканей наблюдали появление нейтрофильных лейкоцитов, часть из которых мигрировала за пределы сосудистого русла и располагалась периваскулярно. Также отмечали появление нейтрофильных лейкоцитов в области образовавшегося кровоизлияния.

При исследовании почек сосуды микроциркуляторного русла были малокровными, артерии спазмированными. Капилляры клубочков были неравномерного кровенаполнения или запустевшими. В участке повреждения кровоизлияния были представлены рыхлыми массами эритроцитов с примесью единичных нейтрофильных лейкоцитов. Эпителий проксимальных канальцев был высоким, несколько набухший, в состоянии дистрофии, что сопровождалось сужением просвета канальцев. В некоторых участках эпителий канальцев был "вспучен", в цитоплазме этих клеток наблюдали эозинофильные глыбки, ядра также были набухшими.

У животных 2-й исследуемой группы (через 6 ч после травмирования) в мягких тканях отмечали нарастающий отек, волокна соединительной ткани были набухшими, а расстояния между ними увеличены. В очагах кровоизлияний, образовавшихся в местах травматического воздействия, выявляли диффузную полиморфноклеточную инфильтрацию, характеризующуюся наличием нейтрофилов и появлением макрофагов. При микроскопическом исследовании почек через 6 ч после образования

повреждения у животных с геморрагическим шоком в подкапсульных кровоизлияниях выявляли диффузную лейкоцитарную реакцию с появлением единичных макрофагов. В паренхиме почки наблюдали прогрессирование некробиотических изменений эпителия проксимальных канальцев. Во многих полях зрения отмечали значительное сужение просвета канальцев, встречались поля зрения, в которых просвет канальцев не просматривался. В сосудах микроциркуляторного русла отмечали расширение и полнокровие вен, артерии находились в состоянии спазма.

У животных с геморрагическим шоком в почке, в очагах механического повреждения, наблюдали кровоизлияния с гемолизом эритроцитов и скоплением нейтрофильных лейкоцитов и единичных макрофагов. Вне зоны повреждения многие клубочки были коллабировааны и некротизированы, пространства капсул значительно расширены, во многих полях зрения было выявлено скопление зернистых эозинофильных масс в капсулах клубочков (рис. 1). Отмечались некробиотические изменения части эпителиоцитов проксимальных канальцев вне зоны травмы (рис. 2).

Обнаруженные патоморфологические изменения были обусловлены развитием геморрагического шока за счет выраженной гиповолемии в связи со снижением объема циркулирующей крови. При геморрагическом шоке отмечается выраженная активация симпато-адреналовой системы, приводящая к гиперкатехоламинемии, стимуляция адренорецепторов, располагающихся в почке, что сопровождается шунтированием кровотока в юстагломерулярной зоне [4, 5]. Изменение кровотока в различных зонах почки и является основной причиной для развития некроза эпителия проксимальных канальцев.

У животных 3-й исследуемой группы в условиях геморрагического шока при давности травмы – 12 ч по сравнению с животными 2-й группы с давностью травмы 6 часов в мягких тканях среди нейтрофильных лейкоцитов, макрофагов и лимфоцитов отмечали появление единичных фибробластов. В местах кровоизлияний просматривались фибриновые массы.

В почках через 12 ч после травмы было отмечено, что кровоизлияния были представлены зернистыми, бледно окрашенными массами эритроцитов, среди эритроцитарных масс располагались нейтрофильные лейкоциты, макрофаги и лимфоциты. В области подкапсульных кровоизлияний эритроциты также имели бледную окраску. Кроме того, при микроскопии в кровоизлияния были выявлены лимфоциты, макрофаги, лейкоциты, единичные фибробласты. Просвет многих канальцев, за счет набухания эпителия, был не различим.

Наряду с описанными патоморфологическими изменениями при исследовании сосудов микроциркуляторного русла отмечали выраженное венозное полнокровие с явлениями внутрисосудистого гемолиза эритроцитов (рис. 3).

При увеличении продолжительности посттравматического периода до 24 ч (4-я группа) в мягких тканях, в зоне травмы, кровоизлияния были представлены зернистыми бледно окрашенными массами эритроцитов и фиб-

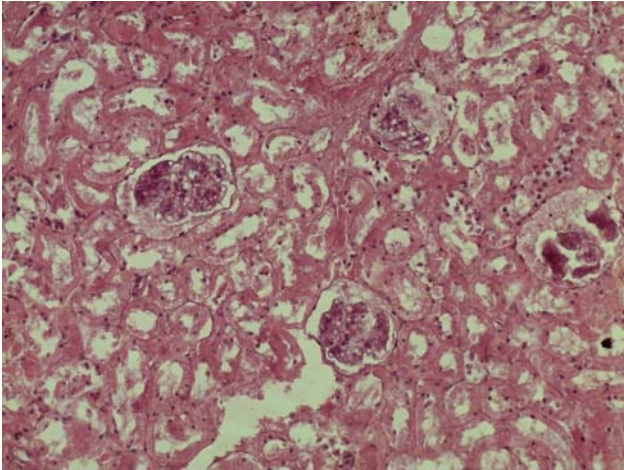


Рис. 1. Некробиотические изменения клубочков почек, наличие белковых масс в капсуле через 6 ч после экспериментального моделирования механической травмы в условиях геморрагического шока. Окр. гематоксилином и эозином. Ув. x200

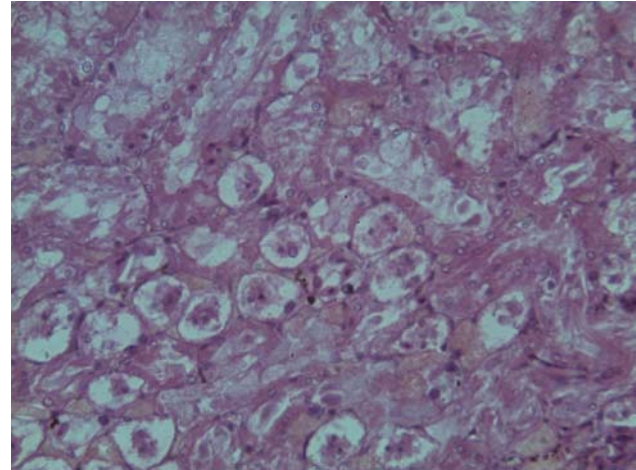


Рис. 2. Некробиотические изменения канальцевого эпителия почек через 6 часов после экспериментального моделирования механической травмы в условиях геморрагического шока. Окр. гематоксилином и эозином. Ув. x 200

риновыми массами. В кровоизлияниях диффузно располагались нейтрофильные лейкоциты, макрофаги, лимфоциты и фибробласты. Кроме того, в отдельных участках было отмечено появление тонкостенных, разнокалиберных, кровенаполненных, вновь образованных сосудов. При оценке патоморфологических изменений в почке через 24 ч после травмы в зоне повреждения были выявлены кровоизлияния, состоящие из гемолизированных эритроцитов и полиморфных клеток. В ряде полей зрения можно было наблюдать фрагментированные канальцы с обнаженной базальной мембраной.

У животных через 72 ч после травмы (5-я группа) в мягких тканях наблюдали хорошо выраженные репаративные процессы.

При микроскопии почек в зоне травмы выявляли очаги альтерации, которые были представлены неразличимой структурой органа, в прилежащих участках наблюдали кровоизлияния, состоящие из гемолизированных эритроцитов и полиморфноклеточной инфильтрации. Перифокально отмечали начало организации зоны повреждения в виде пролиферации фибробластов и формирования сосудов. Эпителий проксимальных канальцев был набухшим с бледно-эозинофильной или желтоватой окраской цитоплазмы. Ядра выглядели в виде теней или вообще не были различимы. Эпителий местами был полностью десквамирован, а базальная мембрана обнажена. Во многих канальцах эпителий был вакуолизирован, ядра бледные или неразличимы, что свидетельствовало о баллонной дистрофии или фокальном колликвационном некрозе. Причинами развития баллонной дистрофии эпителия канальцев являются выраженные нарушения белкового и водно-электролитного баланса, которые ведут к острым расстройствам коллоидно-осмотического давления в клетке, при этом развиваются нарушения проницаемости мембран клеток, сопровождающиеся их распадом [2, 6]. Развитие некробиотических изменений сопровождается активацией гидролитических ферментов лизосом, которые приводят к выраженным альтеративным изменениям за счет разрывов внут-

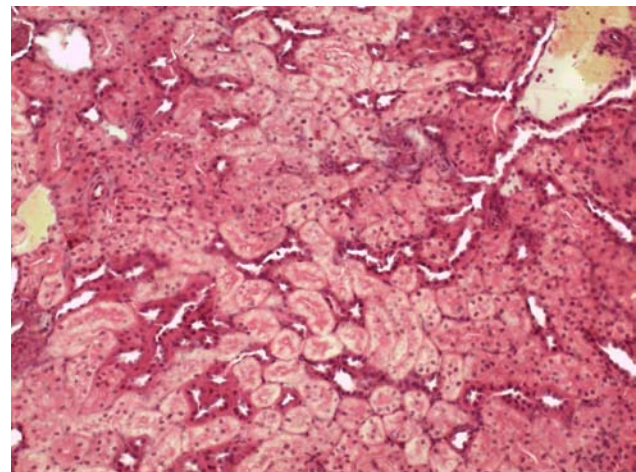


Рис. 3. Некробиотические изменения канальцевого эпителия и гемолиз эритроцитов на фоне нарастающего отека у животных в условиях геморрагического шока. Окр. гематоксилином и эозином. Ув. x 200

римолекулярных связей [8].

Через 5 суток после получения травмы (животные 6-й группы) в мягких тканях продолжалось развитие процессов репаративной регенерации с образованием фиброза в зоне травмы. В почке, в участках образования кровоизлияний, перифокально отмечался распространенный некроз эпителия канальцев.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в посттравматическом периоде после тупой механической травмы, образовавшейся на фоне геморрагического шока, отмечается более активное развитие реактивных изменений в поврежденных мягких тканях по сравнению с травмированной почкой. Выявленные различия в динамике развития реактивных изменений в мягких тканях и в почке, вероят-

но, связаны с характерными особенностями течения тканевого и органного метаболизма. Полученные данные могут быть полезны при проведении экспертных исследований по установлению давности образования повреждений.

при холодовой травме // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 11–14.

Поступила 10.12.2013

Литература

1. Асташкина О.Г., Столярова Е.П., Полтарев С.В. и др. Установление прижизненности механической травмы по биохимическим показателям // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 3. – С. 43–45.
2. Давыдовский И.В. Общая патология человека. – М.: Медицина, 1968.
3. Науменко В.Г., Митяева Н.А. Гистологический и цитологический методы исследования в судебной медицине. – М.: Медицина, 1980.
4. Пермяков Н.К., Зимина Л.Н. Острая почечная недостаточность. – М.: Медицина, 1980. – 235 с.
5. Сапожникова М.А. Морфология травмы органов груди и живота. – М.: Медицина, 1988. – 187 с.
6. Серов В.В., Пауков В.С. Воспаление. – М.: Медицина, 1995. – 640 с.
7. Серов В.В., Шехтер А.Б. Соединительная ткань. – М.: Медицина. – 1981. – 312 с.
8. Федоров С.А. Оценка морфологии повреждений сердца, перикарда и пристеночной плевры при проникающих колото-резанных ранениях груди: дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2011. – 137 с.
9. Фролова А.И., Асмолова Н.Д., Назарова Р.А. Определение давности повреждения мягких тканей при механической травме по морфологическим критериям. – Информационное письмо. – М., 2007.
10. Чернова М.В. Патоморфология и судебно-медицинская оценка изменений селезенки при определении давности ее повреждений: дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2005. – 142 с.
11. Юрасов В.В., Филиппенкова Е.И., Покотиленко В.Г. и др. Экспертная оценка патоморфологических изменений почек

Сведения об авторах

Новоселов Владимир Павлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет”.

Адрес: 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52.

E-mail: sme.ngmu@mail.ru.

Савченко Сергей Владимирович, д.м.н., профессор кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет”.

Адрес: 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52.

E-mail: sme.ngmu@mail.ru.

Саковчук Олег Александрович, ассистент кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет”.

Адрес: 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52.

E-mail: sme.ngmu@mail.ru.

Грицингер Валентина Александровна, заочный аспирант кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет”.

Адрес: 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52.

E-mail: sme.ngmu@mail.ru.

Надеев Александр Петрович, д.м.н., профессор кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет”.

Адрес: 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52.

E-mail: nadeevngma@mail.ru.

ОБМЕН ОПЫТОМ

■ УДК 616-006.363.03

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕЙОМИОМАТОЗА

О.А. Дмитриева^{1,2}, А.В. Голубева^{1,2}, Б.В. Шерстюк², И.Б. Баканович¹

¹ГБУЗ "Приморское краевое Бюро Судебно-медицинской экспертизы", Владивосток

²ГБОУ ВПО "Тихоокеанский государственный медицинский университет" Минздрава России, Владивосток

E-mail: dmitolga@mail.ru

MORPHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF LEYOMIOMATOSIS

O.A. Dmitrieva^{1,2}, A.V. Golubeva^{1,2}, B.V. Sherstuk², I.B. Bakanovich¹

¹State Budget Institution of Health "Primorye regional forensic medical examination", Vladivostok

²State Educational Institution of Higher Professional Education "Pacific State Medical University" of Ministry of Health of Russia, Vladivostok

В статье представлен случай практического наблюдения лейомиоматоза легких у беременной. Решающее значение в диагностике лейомиоматоза легких оказало проведение иммуногистохимических реакций и дополнительных методик окрашивания гистологических срезов.

Ключевые слова: лейомиоматоз, легкие, пролиферация, гладкомышечные клетки, беременность, иммуногистохимический метод.

This article presents a case of practical observing the leiomyomatosa of lung in a pregnant woman. Crucial importance in the diagnosis of lung leiomyomatosa had immunohistochemical reactions and other techniques of coloring the histological sections.

Key words: leiomyomatosa, lungs, proliferation, smooth muscle cells, pregnancy, immunohistochemical method, lymphangioleiomyomatosis, leiomyoma.

Лейомиома относится к одному из видов доброкачественных опухолей из мезенхимальной ткани, которая дает начало соединительной ткани, сосудам, мышцам, серозным оболочкам и кроветворной системе [1, 3]. Все ее производные могут стать источником опухолевого роста [2, 4, 5]. Лейомиома – опухоль из гладких мышц, пронизанная прослойками соединительной ткани, в которой проходят кровеносные и лимфатические сосуды [3, 6]. Наиболее частая локализация – матка, желудок, реже – кишечник [5, 7]. Лейомиома в ткани легких встречается в единичных случаях, что и подтверждает наше исследование [6].

Наблюдение. Гр-ка М., 1988 г.р., наблюдалась в женской консультации ЦРБ по поводу беременности, которая протекала с фетоплацентарной недостаточностью и обострениями хронического пиелонефрита. 23.11.09 поступила в родильное отделение стационара в срок беременности 38 недель с обострением пиелонефрита. Ухудшение состояния отмечено 1.12.09 с появлением сухого кашля, заложенности носа и повышения темпе-

ратуры тела до 38 °С. Выставлен диагноз "ОРЗ", назначено лечение. При рентгенологическом исследовании легких диагностирована левосторонняя пневмония в сегменте S-2 на фоне ОРВИ. В этот же день в связи с отсутствием родовой деятельности при доношенной беременности проведено кесарево сечение. Ранний послеоперационный период осложнился дыхательной недостаточностью. Проведена плевральная пункция, при которой получено: справа – 100 мл, слева – 480 мл серозной жидкости. Переведена на ИВЛ. При повторном рентгенологическом исследовании легких – прогрессирование процесса (двусторонняя полисегментарная плевропневмония). На фоне нарастающих симптомов дыхательной недостаточности санавиацией доставлена в Краевую клиническую больницу г. Владивостока с диагнозом: "Вирусно-бактериальная двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение; острый респираторный дистресс-синдром, токсическое поражение печени, почек. Послеродовый период (15-е сутки), состояние после операции кесарева сечения, мет-

роэндометрит, гематометра”. Экстренно по жизненным показаниям произведена операция: экстирпация матки с трубами с широким дренированием брюшной полости. Состояние продолжало ухудшаться, нарастала сердечно-сосудистая, почечно-печеночная, иммунная недостаточность, температура оставалась на высоких цифрах (до 39 °С), прогрессировали септические проявления. Смерть наступила 16.12.09.

Из протокола патологоанатомического исследования трупа: “Труп молодой женщины, правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы бледные, чистые, на коже живота радиальные стрии и поперечный ушитый операционный разрез в надлобковой области длиной 14 см. Ареолы молочных желез пигментированы. На передней поверхности шеи по срединной линии под проекцией перстневидного хряща трахеостомическое отверстие. Из мягких тканей правой подключичной области и в области левого бедренного треугольника выстоят пластиковые катетеры, фиксированные к коже одиночными швами. Через прокол в правой мезогастральной области в брюшную полость введена дренажная пластиковая трубка. *Внутреннее исследование.* Твердая мозговая оболочка бледно-синюшная, напряженная. Мягкая мозговая оболочка тонка и прозрачна, сосуды ее полнокровны. Сосуды основания мозга с тонкими стенками, заполнены жидкой кровью. Масса головного мозга 1300 г. Извилины мозга слегка уплощены, ткань его эластичная, на разрезе влажная. Границы серого и белого вещества отчетливые. Боковые желудочки щелевидные, содержат прозрачный ликвор, стенки их гладкие. Сосудистые сплетения желудочков темно-красные, зернистые. Гипофиз размерами 0,8х1,9х0,7 см, на разрезе однородный. Подкожно-жировая клетчатка толщиной на груди 2 см, на животе – 5 см. Мышцы на разрезе бледно-красные, влажные. Parietalная и висцеральная брюшина, серозные покровы плевральных полостей и полости сердечной сорочки на всем протяжении гладкие, влажные, блестящие. Легкие выполняют плевральные полости целиком. В плевральных полостях с обеих сторон следы (до 50 мл) желтоватой прозрачной жидкости. Желудок умеренно вздут, петли кишечника спавшиеся. Шов культи влагалища состоятелен. Сердце массой 300 г, мягко-эластичное. Миокард желудочков на разрезе красно-коричневый, тусклый. Камеры сердца расширены, толщина миокарда левого желудочка 1,2 см, правого – 0,3 см. Длина приносящего тракта левого желудочка 10 см, выносящего – 12 см, длина приносящего тракта правого желудочка 8,5 см, выносящего – 11 см. Клапаны аорты, легочного ствола и атриоventрикулярных отверстий гладкие, влажные, блестящие. Интима аорты, коронарных, мезентериальных и подвздошных артерий бледно-желтая, гладкая. Интима полых вен темно-синюшная, гладкая. В полостях сердца и просвете крупных сосудов жидкая кровь и единичные темно-красные посмертные сгустки крови. Конец катетера в правой подключичной области находится в правой подключичной вене, конец катетера в левой бедренной области находится в левой бедренной артерии (длина его свободного конца 11 см). Слизистая оболочка гортани и трахеи серо-синюшная, со сливными мел-

коточечными кровоизлияниями между кольцами трахеи. Трахеостомическое отверстие вертикальное, располагается по передней стенке трахеи, длиной 2 см, края его чистые. Слизистая оболочка главных и долевого бронхов со сливающимися крупноточечными кровоизлияниями, в просвете их красно-коричневые массы, рыхло скрепленные со слизистой оболочкой. Легкие на ощупь плотно-эластичные, ткань их на разрезе безвоздушная, на всем протяжении желтовато-синюшная с небольшими вкраплениями буро-красного цвета, особо обильными в верхушке левого легкого. Слизистая оболочка пищевода и желудка бледно-синюшная с умеренной складчатостью. В желудке следы буровато-зеленой кашицеобразной жидкости. На слизистой оболочке малой кривизны крупноточечные сливные кровоизлияния. В тонкой кишке жидкое содержимое, окрашенное желчью, в толстой кишке – полуоформленный кал. Печень массой 2200 г, мягко-эластичная, с поверхности и на разрезе желто-коричневая с неотчетливым мускатным рисунком. В желчном пузыре до 70 мл темно-зеленой жидкой желчи. Желчные пути проходимы. Поджелудочная железа размером 21х3,5х2,5 см, мягко-эластичная, на разрезе серо-коричневая, дольчатого строения с крупнопятнистыми подкапсульными кровоизлияниями в области хвоста. Почки массой по 200 г каждая. Капсула снимается легко, обнажая гладкую поверхность органов со следами эмбриональной дольчатости. Чашечно-лоханочная система левой почки незначительно расширена. Ткань почек на разрезе темно-коричневая с подчеркнутым рисунком слоев за счет полнокровия пирамид. Слизистая оболочка чашечек, лоханок и мочевого пузыря бледно-синюшная, гладкая, в лоханке левой почки мелкоточечные кровоизлияния. Мочевой пузырь пуст. Яичники размером 4х3х2 см каждый, на разрезе сочные, с мелко- и крупноточечными кровоизлияниями и мелкими субкапсулярными кистами. Костный мозг грудины на распиле темно-красный, сочный. Паратрахеальные и парабронхиальные лимфоузлы умеренно увеличены, сочные. Селезенка массой 330 г, пульпа ее на разрезе темно-синюшная, дает незначительный соскоб. Надпочечники листовидной формы, не увеличены, на разрезе с четким рисунком слоев. Доли щитовидной железы не увеличены, на разрезе серо-розовые, коллоидного вида. Патологоанатомический диагноз: “Диффузный лейомиоматоз легких на фоне беременности”.

В связи с назначением комиссионной судебно-медицинской экспертизы на основании жалобы родственников на бездействие медицинских работников в СК РФ по Приморскому краю, нами проведено повторное гистологическое исследование препаратов с использованием следующих методик окраски: гематоксилин/эозин, по Ван-Гизон, по Маллори, фосфорно-вольфрамовым гематоксилином, а также – иммуногистохимические реакции на виметин, десмин, рецепторы эстрогена, прогестерона. Результаты исследований: *Легкие* безвоздушны из-за выраженного пневмосклероза, обусловленного диффузной пролиферацией полиморфных клеток, сопутствующим нефибриллогенезом, отчетливо выраженном при окрасках по Ван-Гизон и Маллори. Оптически пусты лишь немногочисленные кистовидные

полости округлой формы. Проллифераты из атипичных фибробластов, миофибробластов, гладкомышечных клеток, округлых крупных клеток формируют подобия сосудов, перипитарные структуры и узлоподобные скопления. Клеточные пролифераты отличаются выраженным клеточным полиморфизмом как размеров и формы клеток, так и их ядер. Встречаются многоядерные и гигантские клетки, напоминающие “теннисные ракетки”, а также клетки типа симпластов с базофильной цитоплазмой. “Типичных” фигур митотического деления не выявляется. Тем не менее, полиморфизм и интенсивность окраски ядер клеток, характер расположения глыбок хроматина внутри ядер весьма полиморфны и атипичны. Среди клеточных пролифератов, внутри альвеол и бронхиол имеются скопления клеток лимфоидного ряда. Выражена положительная иммуногистохимическая реакция на виметин (коричневатое окрашивание цитоплазмы клеток), формирующий пролифераты лег-

кого (рис. 1–4). *Сердце*: очаговые “повреждения” миокарда. *Почки*: дистрофические, некротические изменения эпителия извитых канальцев. *Печень*: дистрофические изменения, центролобулярные некрозы, реактивный гепатит. *Головной мозг*: изменения нейронов по ишемически-гипоксическому типу с выпадением, сателлитозом, нейрофагией, микроглиозом, отек мозга. *Лимфоузлы*: гиперплазия, синусовый гистиоцитоз. *Яичник*: мелкоочаговое кровоизлияние на фоне кист яичника. *Матка*: беременность в позднем сроке, гипертрофия миометрия, неравномерное кровенаполнение сосудов матки и маточной трубы, кровоизлияния в плацентарное ложе матки.

Таким образом, смерть М. наступила от дыхательной недостаточности, обусловленной опухолеподобным разрастанием гладкомышечных клеток в легких – лейомиоматозом.

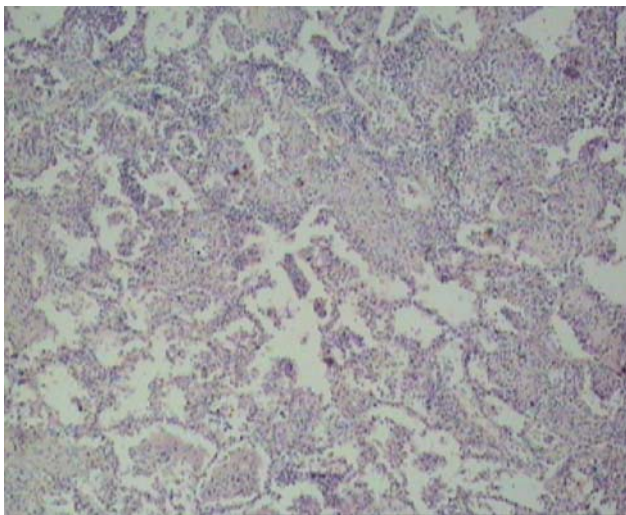


Рис. 1. Диффузное разрастание гладкомышечных клеток легких (окраска гематоксилином и эозином, х180)

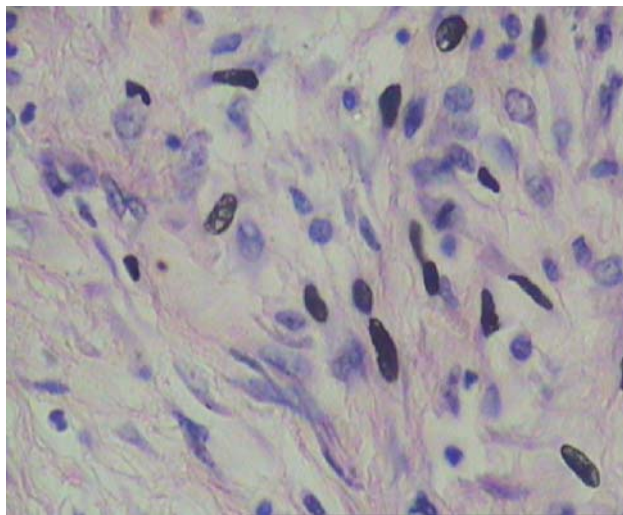


Рис. 2. Диффузное разрастание гладкомышечных клеток легких (окраска гематоксилином и эозином, х320)

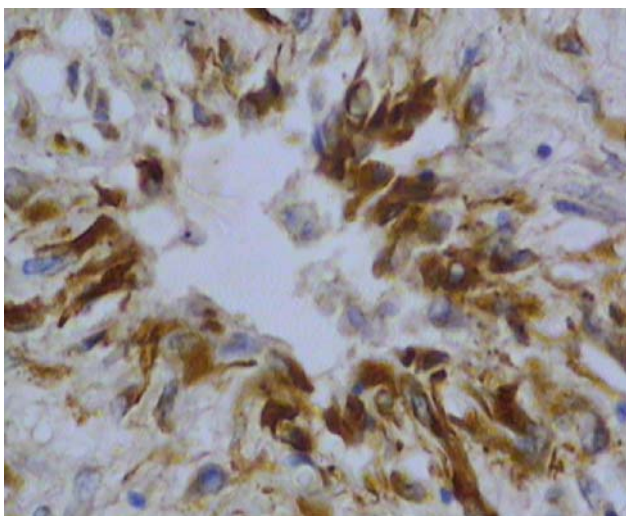


Рис. 3. ИГХ – реакция на виментин (ПАП-метод, х400)

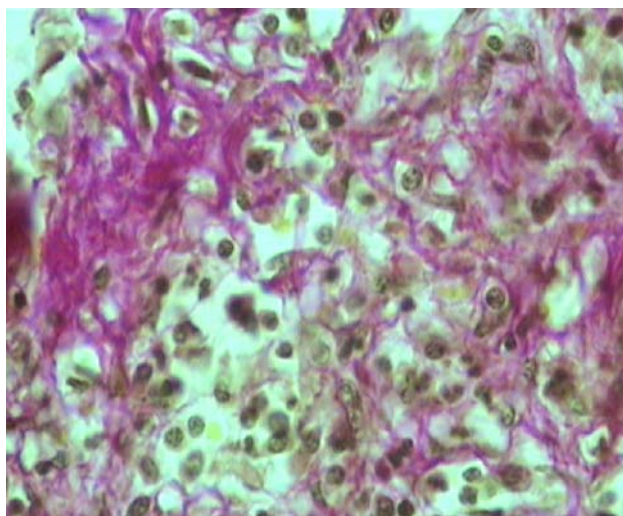


Рис. 4. Разрастание коллагеновых волокон среди клеточных пролифератов легкого (окраска В+Г, х320)

Заключение

Лейомиоматоз (лимфангиолейомиоматоз, ЛАМ) – редкая патология (в мире описано не более 100 наблюдений), возникающая у женщин в возрасте 18–50 лет, характеризующаяся остро нарастающей дыхательной недостаточностью (одышка, пневмо-, хилоторакс, кровохарканье), не поддающаяся лечению. Этиология ЛАМ не определена. Однако полагается, что данный патологический процесс гормонозависим и связан с пролиферацией гладкомышечных клеток в матке, что косвенно подтверждается обострением заболевания при беременности, в предменструальном периоде, нередко сочетаясь с лейомиомой матки. В данном случае при дополнительном гистологическом исследовании удаленной матки признаков атипической пролиферации не обнаружено, что, тем не менее, не исключает ЛАМ.

Литература

1. Горбанев Е.А., Павлова И.И., Стрельчонок В.А. Беременность и роды при лейомиоматозе // Акушерство и гинекология . – 2002. – № 5. – С. 57–59.
2. Каменева М.Ю., Двораковская Л.Н., Новикова Л.Н. и др. Лейомиоматоз легких (морфо-функциональное исследование) // Болезни органов дыхания. – М., 2007. – С. 86–95.
3. Палеев Н.Р., Чазов Е.И. Болезни органов дыхания: учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 728 с.
4. Петров С.В., Райхлин Н.Т. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. – Казань, 2004. – 456 с.
5. Садовников А.А., Панченко К.И., Смирнова М.Ю. Лейомиоз легких // Проблемы туберкулеза и легких. – 2006. – № 7. – С. 47–50.
6. Сахарчук И.И., Ильицкий Р.И. Воспалительные заболевания легких и плевры. – Киев : Книга плюс, 2006. – С. 247–249.
7. Швец Н.И., Бенца Т.М., Станишевский В.В. Лимфангиолейомиоматоз: современный взгляд на проблему // Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика. – Киев, 2009. – № 8. – С. 41–45.

Поступила 28.10.2013

Сведения об авторах

Дмитриева Ольга Анатольевна, д.м.н., профессор, зав. отделом сложных экспертиз ГБУЗ “ПК БЮРО СМЭ”, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ГБОУ ВПО “ТГМУ”.

Адрес: 609091, г. Владивосток, ул. Лазо, 3

E-mail: dmitolga@mail.ru.

Голубева Александра Владимировна, к.м.н., начальник ГБУЗ “ПК БЮРО СМЭ”, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ГБОУ ВПО “ТГМУ”.

Адрес: 609091, г. Владивосток, ул. Лазо, 3

Шерстюк Борис Васильевич, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ГБОУ ВПО “ТГМУ”.

Адрес: 609091, г. Владивосток, ул. Острякова 6

Баканович Инна Борисовна, врач судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГБУЗ “ПК БЮРО СМЭ”.

Адрес: 609091, г. Владивосток, ул. Лазо, 3

■ УДК 340.624.1

О ПРИЗНАКАХ, УКАЗЫВАЮЩИХ НА НЕСООТВЕТСТВИЕ ВЕРСИИ ОБ ОБРАЗОВАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Н.Н. Дебой

ГБУЗ Самарское областное бюро судебно-медицинской экспертизы

E-mail: samara@sudmed.info

ABOUT THE SIGNS INDICATING THE FAILURE OF THE VERSION ABOUT THE INJURIES ORIGIN

N.N. Deboy

The Samara Regional Bureau of Forensic Medicine

В работе приводятся данные, основанные на информативных признаках, которые указывают на несоответствие выдвигаемой версии об условиях образования повреждений на одежде и теле обследуемого лица судебно-медицинским данным. Использование в практической работе этих данных позволит повысить качество судебно-медицинских экспертиз.

Ключевые слова: травма, следы крови, экспертиза.

The paper presents data based on informative signs, which point to contradiction between the proposed version about conditions of forming the clothes damage and and body injuries (from one side) and the forensic medical data (from the other side). The usage of this data in practical work will improve the quality of forensic examinations.

Key words: trauma, traces of blood, examination.

Нередко на разрешение судебно-медицинской экспертизы ставится вопрос о возможности нанесения повреждений, обнаруживаемых на теле потерпевшего, своей собственной или посторонней рукой.

В судебно-медицинской литературе описаны признаки повреждений, связанных с самоубийствами, инсценировкой самоубийства, членовредительством, инсценировкой нападения. К таким признакам относят особенности локализации повреждений на теле в местах, доступных для собственных рук, их множественность, поверхностность, одинаковая направленность, параллельность [1, 3, 4]. Все эти признаки, в основном, относятся к повреждениям, причиненным на участках тела, не прикрытых одеждой.

В связи с расширяющейся практикой назначения и производства судебно-медицинских реконструкционных (ситуационных) экспертиз выявляется дефицит научно обоснованных представлений о достаточной совокупности признаков, которые позволили бы обосновывать выводы о причинении повреждений собственной или посторонней рукой либо приходиться к какому-то третьему выводу об особенностях условий образования повреждений на теле и одежде обследуемого лица. В экспертной практике такая необходимость может встретиться при экспертных исследованиях в случаях любого вида травмы [2].

В рассмотренном случае представили интерес признаки несоответствия повреждений на одежде и теле обследуемого, причиненные острым предметом, по выдвинутой версии, в ходе борьбы двух лиц. По этому случаю было проведено несколько судебно-медицинских экспертиз: судебно-медицинская экспертиза живого лица, комплексная судебно-медицинская трасологичес-

кая и судебно-биологическая экспертиза, судебно-медицинские ситуационные экспертизы. После их производства у следствия возник вопрос: "Не причинены ли повреждения, обнаруженные у обследуемого, собственной рукой?". Отсутствие такого вопроса на стадии первичных экспертных исследований, а также современных методических ориентиров для его решения, не привело к выявлению признаков, которые достоверно указывали бы на несоответствие версии об условиях получения повреждения, обнаруженного у обследуемого, характеру повреждений на его теле и на его одежде. В специальной литературе имеются лишь единичные пояснения отдельных авторов, касающиеся экспертной оценки несоответствия повреждений на одежде и теле. При этом авторами обращалось внимание только на пространственное несоответствие повреждений на одежде повреждениям на теле, что объяснялось поверхностным воздействием острого предмета или с отстранением частей одежды от тела в случаях самоповреждений [5].

В нашем наблюдении при производстве судебно-медицинской трасологической, судебно-биологических и ситуационной экспертиз были выявлены ранее не отмеченные в судебно-медицинской литературе признаки, которые указывали на несоответствие выдвигаемой версии об условиях образования повреждений на одежде и теле обследуемого лица судебно-медицинским данным. Согласно версии потерпевшего, подозреваемый размахивал ножом и нанес один удар по левой руке потерпевшего сверху вниз, повредив куртку и причинив повреждение на левом предплечье. От удара потерпевший почувствовал жжение в руке. Свидетель пояснял, что нападавший вынул из кармана раскладной нож, раскрыл лезвие и кинулся с замахом сверху вниз на потерпев-

шего, который закрылся своей левой рукой, и он увидел, что у потерпевшего появился небольшой ручеек крови из-под рукава куртки.

При осмотре обследуемый предъявлял жалобы на боли в месте повреждения. Отмечено наличие у него царапины длиной 4,5 см на задней, лучевой поверхности левого предплечья в верхней трети. Царапина сфотографирована. На других частях тела повреждений не было.

На судебно-медицинскую трасологическую экспертизу представлена куртка потерпевшего с верхом из тонкой синтетической ткани, тонкой синтетической подкладкой с синтетическим утепляющим слоем. Толщина всех слоев 0,6–0,9 см. На куртке были обнаружены три резаных повреждения на левой поле в средней и нижней третях длиной 27,2, 5,4 и 2,3 см (№ 1–3), ориентированные к 1 и 7 часам условного циферблата и одно резано-рваное повреждение на левом рукаве в виде ломаной линии, длиной 35,5 см (№ 4), ориентированное под углом к продольной оси рукава. Было установлено, что резано-рваное повреждение на левом рукаве куртки потерпевшего пространственно соответствует имевшейся у него царапине и сделан вывод о возможности их образования от однократного воздействия острого предмета. Было определено, что повреждения на куртке и имевшаяся у него царапина причинены четырьмя воздействиями режущего предмета и для идентификации они непригодны.

Судебно-биологической экспертизой на раскладном ноже обнаружены следы пота, групповые факторы которого выявить не представилось возможным. На ноже, куртке и туфлях потерпевшего кровь не обнаружена.

При производстве судебно-медицинской ситуационной экспертизы на основании экспертных исследований воспроизведенного свидетелем условий нанесения удара ножом было выявлено пространственное соответствие места нанесения удара локализации повреждений на левом рукаве куртки потерпевшего и на его левом предплечье.

Следователем было вынесено постановление на производство дополнительной судебно-медицинской ситуационной экспертизы для решения вопроса: “не причинены ли повреждения у потерпевшего его собственной рукой”. На экспертизу были представлены заключения всех проведенных экспертиз, фототаблицы с фотоснимками, куртка потерпевшего. Потерпевший от участия в экспертных исследованиях отказался.

В ходе ситуационной экспертизы предварительно был исследован масштабный фотоснимок царапины, имевшейся на левом предплечье потерпевшего. При этом на фотоснимке четко определялась имевшаяся на левом предплечье линейная ссадина (царапина) длиной 4,4 см, покрытая тонкой прерывистой полоской коричневатой корочки. На протяжении 3,9 см от верхнего конца она ориентирована к 1–7 часам условного циферблата часов, под углом 30° к продольной оси конечности. У нижнего конца по пологой дуге ссадина отклонена кпереди под углом до 58°. Верхний конец ее имел закругленную форму; ширина верхней части ссадины на протяжении 3 см была более широкой – до 0,1 см. Далее ширина

ссадины постепенно уменьшалась, и нижняя часть приобретала вытянуто-остроугольную форму. Кроме того, на фотоснимке было выявлено наличие еще одной, более тонкой царапины, параллельной предыдущей на расстоянии от нее около 0,2 см, с поверхностью такого же цвета, длиной 1,1 см. Наибольшая ширина ее вверху до 0,05 см. Книзу ширина ее истончается. Морфологические особенности обеих царапин характеризовали их как поверхностные повреждения, причиненные острым предметом, двумя поверхностными касательными одинаково направленными воздействиями, сверху вниз и несколько сзади наперед.

В ходе судебно-медицинской ситуационной экспертизы было проведено дополнительное исследование куртки и имевшихся на ней повреждений на левой поле (№ 1–3) и на левом рукаве (№ 4). По своей длине повреждения ориентированы к продольной оси куртки и к продольной оси рукава под углом в 38–40°. Соответственно повреждению № 1 на левой поле имелось линейное повреждение подкладки на протяжении 19 см. Длина верхней резаной части повреждения № 4 на верхнем слое рукава 31,5 см, на подкладке 24 см. В ходе исследования куртка была надета на антропологический манекен, у которого на тыле левого предплечья отмечена локализация имевшихся у обследуемого двух царапин. Куртка на манекене приобретала объемную конфигурацию. Проекция повреждения № 1 на поперечной плоскости манекена имела вид выгнутой кпереди влево дуги. Высота дуги около 7 см. Таким образом, повреждение № 1 на куртке при условии, что она была надета на тело человека, должно было быть причинено либо протяженным движением острым предметом с его погружением до 8 см, либо скользящим (рисующим) движением по поверхности левой полы куртки по дуге, выступающей влево и кпереди. Проецируемая на поперечную плоскость левой руки манекена линия повреждения № 4 на подкладке левого рукава куртки имела вид дуги, выгнутой влево и кпереди. Длина основания ее 8 см, высота 7 см. Таким образом, повреждение № 4 на левом рукаве куртки при условии, что она была надета на тело человека, должно было быть причинено протяженным окаймляющим дуговым движением острого предмета, проходящим по выступающей влево и кпереди дуге по задней, наружной и передней поверхности левого рукава куртки. При этом повреждение № 4 на подкладке прилежит к задней, к наружной и передней поверхностям предплечья манекена и значительно превышает царапины по длине. Проведено экспериментальное исследование возможности образования резаных повреждений на представленной куртке касательными движениями клинком представленного ножа при размахивании им. Косо продольными движениями клинком ножа относительно продольной оси правого рукава куртки получены три резаных повреждения, длина их, ввиду объемного состояния рукава на манекене, не превышала 7 см. При ударах, наносимых клинком представленного ножа под различными углами к поверхности ткани куртки, образовывались колото-резаные или колото-резано-рваные повреждения.

В последующем при сопоставлении данных протоколов

допроса свидетеля и потерпевшего об условиях причинения повреждений на куртке и царапины на левой руке потерпевшего с судебно-медицинскими данными установлено их несоответствие механизму образования повреждений на куртке потерпевшего и его левом предплечье. Указанные в протоколе допроса потерпевшего механизмы причинения повреждений на его куртке и на левом предплечье в результате размахивания клинком ножа и удара не соответствовали протяженности повреждений № 1 и 4, образование которых не могло быть обусловлено ударным воздействием или размахиванием ножом, а образовалось протяженными окаймляющими поверхностными касательными скользящими контактными воздействиями острого предмета с поверхностями левой полы и левого рукава куртки. При этом обращало на себя внимание наличие у потерпевшего не одной, а двух рядом расположенных параллельных царапин на левом предплечье, а также увеличенная протяженность и одинаковая ориентация повреждений № 1–4 на левом рукаве и левой доле куртки. Объем повреждений на левой доле и левом рукаве куртки потерпевшего не соответствовали объему повреждений на его теле. Объемная конфигурация повреждения № 1 на левой доле куртки предполагала глубокое проникновение острого предмета и образование повреждения на туловище, но его у потерпевшего не было; объемная конфигурация повреждения № 4 на левом рукаве предполагала образование более протяженного и более глубокого повреждения на предплечье, нежели имеющиеся у него царапины. Все эти признаки указывали на несоответствие показаний участников события об условиях причинения повреждений судебно-медицинским данным. Причинены ли эти повреждения самим потерпевшим или другим лицом, определить экспертным путем не представилось возможным, т.к. при исследовании и сопоставлении повреждений на куртке и теле потерпевшего были выявлены только признаки, указывающие на имитацию условий нанесения их в результате нападения. Полученные данные не позволили решить вопрос – собственной или посторонней рукой были причинены повреждения.

Заключение

Таким образом, проведенные исследования позволяют к признакам имитации нанесения повреждений в результате нападения с использованием режущего или колюще-режущего предмета, кроме уже известных признаков, отнести: значительное превалирование протяженности повреждений на одежде в сравнении с повреждениями на теле, окаймляющий характер резаных повреждений на одежде, предполагающий глубокое проникновение острого предмета в ткани одежды, которое не согласуется с отсутствием либо поверхностным характером повреждений на кожных покровах.

При решении подобных экспертных задач необходимо также учитывать отсутствие или наличие следов крови на прилегающих к поврежденному участку тела частях одежды. Их локализация и установленный механизм образования могут дать дополнительные признаки для обоснования экспертных выводов.

Литература

1. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. – М., 1968. – С. 180–188.
2. Гедыгушев И.А. Судебно-медицинская экспертиза при реконструкции обстоятельств и условий причинения повреждений (методология и практика). – М., 1999. – С. 37–88.
3. Дебой Н.Н. Морфологическая характеристика повреждений при самоубийствах и членовредительствах // Сборник депонированных статей ВМА им. СМ. Кирова. – Л., 1985, инв. № 9011/н. – С. 249–254.
4. Дебой Н.Н. К судебно-медицинской оценке повреждений, причиненных собственной рукой // Вопросы судебной медицины, медицинского права и биоэтики : сб. научн. трудов / под ред. А.П. Ардашкина, В.В. Сергеева. – Самара : Офорт, 2010. – С. 21–29.
5. Кустанович С.Д. Исследование повреждений одежды в судебно-медицинской практике. – М. : Медицина, 1965. – С. 65–67, 194–195.

Поступила 01.12.2013

Сведения об авторе

Дебой Николай Николаевич, к.м.н., заведующий медико-криминалистическим отделением ГБУЗ «Самарское областное бюро судебно-медицинской экспертизы»
 Адрес: 443082, г. Самара, ул. Тухачевского, д. 51.
 E-mail: samara@sudmed.info.

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

■ УДК 340.624.24

РАССТРОЙСТВА АДДИКЦИИ У КОМБАТАНТОВ КАК ПРЕДИКТОР ДЕЛИКТА

М.Ю. Наров, А.А. Овчинников, К.В. Ли

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет

E-mail: anat1958@mail.ru

ADDICTIVE DISORDERS IN COMBATANTS AS THE PREANNOUNCER OF DELICT

M.Yu. Narov, A.A. Ovchinnikov, K.V. Li

Novosibirsk State Medical University

Представлены новые данные, посвященные психиатрической оценке, а также выработке мер профилактики и лечения у лиц, имеющих посттравматическое стрессовое расстройство и аддикцию. Авторами отмечено, что, несмотря на определенное сходство как по генезу, так и по отдельным клиническим проявлениям посттравматических стрессовых расстройств и расстройств адаптации, принципиально необходима их дифференцировка, т.к. их прогноз и терапия существенно различаются. Важным аспектом судебно-психиатрической оценки при патологическом аффекте у лиц, имеющих посттравматическое стрессовое расстройство, является своевременная выработка соответствующих профилактических мер и лечения.

Ключевые слова: травма, стресс, патологический аффект.

The authors present the new data about psychiatric assessment of people with post-traumatic stressful frustration and addiction as well as about their prevention and prophylaxis. The authors note that, despite the post-traumatic stressful frustration and disorders of adaptation have a certain similarity in both genesis and on single clinical manifestations of post-traumatic stressful frustration and disorders of adaptation, it is essentially necessary to differentiate them from each other, since their forecast and therapy are essentially different. At important aspect of a forensic-psychiatric evaluation of persons under pathological affect with post-traumatic stressful frustration is the early assignment of appropriate preventive measures and treatment.

Key words: trauma, stress, pathological affect.

Согласно как современным литературным данным, так и наблюдениям из клинической практики, условия жизни нашего общества последних десятилетий характеризуются отчетливым возрастанием распространенности в населении различных по интенсивности и длительности стрессовых воздействий, что существенным образом отражается на состоянии психического здоровья [1, 6]. По положениям МКБ-10, психические нарушения, возникающие в связи со стрессом, определяются как "острая реакция на стресс" – F43.0, "посттравматическое стрессовое расстройство" – F43.1 или как "расстройство адаптации" – F43.2. К расстройствам адаптации относятся те нарушения, которые возникают после психоэмоциональных стрессов, не достигающих чрезвычайного или катастрофального размаха [1, 4].

Среди стрессовых факторов выделяют не столько острые ситуации чрезвычайных происшествий, но и стрессовые воздействия, возникающие при некоторых видах

профессиональной деятельности с повышенной физической и психической нагрузкой. Они вызывают эмоциональное хроническое напряжение, связанное с постоянной опасностью не только для жизни, но и для профессиональной деятельности и здоровья. В качестве важных обуславливающих развитие нарушений факторов определяются субъективное отношение к травмирующей ситуации, а также факторы внезапности, изменчивости и интенсивности стрессовых воздействий. К подобным видам работ, которые характеризуются отмеченными психоэмоциональными факторами, относятся профессии летчиков, подводников, служба личной охраны, инкассаторов, спасателей, коммерсантов (российских). Однако особое значение среди профессий с экстремальными условиями труда занимают военнослужащие, в том числе оперативные сотрудники МВД. При знакомстве с литературой, посвященной исследованию психопатологических последствий стрессовых воз-

действий, можно прийти к однозначному выводу, что основное внимание исследователей в данном направлении уделяется острым стрессовым реакциям и посттравматическим стрессовым расстройствам (ПТСР) [2, 3, 5, 7].

В то же время, несмотря на важность изучения влияния эмоционального хронического напряжения в условиях профессиональной деятельности, когда экстремальные ситуации или их ожидание становятся повседневной обыденностью, они остаются недостаточно изученными, а их исследование ограничивается психологическими разработками. Из клинических же наблюдений за состоянием психической адаптации известно, что в первое время стрессовое воздействие обычно сопровождается мобилизацией психофизических возможностей организма, и как следствие – повышением работоспособности. При более длительном пребывании в условиях действия стрессовых факторов наступает истощение адаптационных ресурсов. У тех лиц, которые работают в особых условиях, по роду профессии часто пребывают в ситуациях, связанных с опасностью для жизни, может оказываться ситуационно обусловленное массивное истощающее действие на организм. Такой человек формально продолжает справляться со своими обязанностями, но становится повышенно чувствительным и уязвимым к незначительным стрессам обыденной жизни. В ряде случаев подобный психологический стресс приводит к временному снижению или ухудшению трудоспособности [3].

Если в развитии острой стрессовой реакции и ПТСР основное значение придается интенсивности воздействия стрессового фактора, то возникновение расстройства адаптации в значительной степени обуславливается преморбидными особенностями личности, фоновым состоянием и реактивностью организма, а также ситуационными обстоятельствами. Поэтому клинические проявления расстройств адаптации оказываются более разнообразными и по МКБ-10 идентифицируются в дифференцированные подтипы как по длительности: “Кратковременная депрессивная реакция” (F43.20), длительностью не более одного месяца и “Пролонгированная депрессивная реакция” (F43.21), длительностью не более двух лет, так и по структуре: “Смешанная тревожная и депрессивная реакция” (F43.22), “С преобладанием расстройств других эмоций” (F43.23), “С преобладанием нарушения поведения” (F43.24), “Со смешанными расстройствами эмоций и поведения” (F43.25), а также – “С другими уточненными преобладающими симптомами” (F43.28).

Было проведено комплексное клинико-психологическое исследование оперативных сотрудников МВД, которые в течение 2000–2004 гг. неоднократно бывали в командировках в Чечне, где находились в одинаковых условиях пребывания и участвовали в боевых столкновениях. Каждая командировка длительностью была в два месяца. Возраст сотрудников составлял от 25 до 38 лет. По данным результатов обследования все участники были распределены на три группы, в зависимости от состояния психического здоровья и профессиональной трудоспособности.

В первой группе, составившей 41,2 % всех обследованных, обнаружено отсутствие клинически выраженных проявлений или смягченная форма острой реакции на стресс в период их пребывания в условиях боевых действий, наличие психоэмоциональной и психовегетативной стабильности, а также сохранившийся уровень социальной, профессиональной и психологической адаптации. Во второй группе, представленной 19,2% сотрудников обследованного контингента, выявлялась развернутая клиническая картина ПТСР. В третьей группе, представленной 39,6% от всех исследованных лиц, психическое состояние у них характеризовалось наличием психопатологических нарушений невротического регистра в виде аффективных симптомов и поведенческих нарушений, что можно было определить как расстройство адаптации. Это находило проявление в отдельных симптомах, касающихся повышенной тревожности, эмоциональной и вегетативной неустойчивости, нарушениях сна с кошмарными сновидениями, эпизодов агрессивного, преимущественно на вербальном уровне, поведения, повышенной утомляемости и сниженной работоспособности. Кроме того, у части обследованных этой группы были отмечены эпизоды развития патологического аффекта, развитие которых происходило в присутственных местах, поэтому у окружающих лиц возникало впечатление о невменяемости у этой категории лиц. Важность развития патологического аффекта важно было установить еще и по причине того, что люди находились при исполнении служебных обязанностей.

Заключение

Несмотря на определенное сходство как по генезу, так и по отдельным клиническим проявлениям ПТСР и расстройств адаптации, принципиально необходима их дифференцировка, т.к. их прогноз и терапия существенно различаются. Важным аспектом судебно-психиатрической оценки при патологическом аффекте у лиц, имеющих посттравматическое стрессовое расстройство, является своевременная выработка и соответствующих профилактических мер, и лечения.

Литература

1. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза : пособие для врачей. – М., 1998.
2. Дмитриев А.С., Клименко Т.В. Судебная психиатрия: Вопросы и ответы. – М. : Юриспруденция, 1999.
3. Морозов Г.В. Судебная психиатрия : учебник. – М. : Норма; Инфра-М., 1999.
4. Снежневский А.В. Клиническая психопатология : руководство по психиатрии. – М. : Медицина, 1983.
5. Хритинин Д.Ф., Морозов Г.В., Жариков Н.М. Судебная психиатрия : учебник. – М. : Инфра-М., 2003. – 528 с.
6. Шадымов А.Б. Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М. : Медицина, 2004. – 592 с.
7. Zemishlany Z. Involuntary hospitalization and treatment: the interface between psychiatry and law // Harefuah. – 2007. – Vol. 146, No. 8. – P. 602–646.

Поступила 20.12.2013

Сведения об авторах

Наров Михаил Юрьевич, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Новосибирского государственного медицинского университета.

Адрес: 630003, г. Новосибирск, ул. Владимировская, 2.

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Новосибирского государственного ме-

дицинского университета.

Адрес: 630003, г. Новосибирск, ул. Владимировская, 2.

E-mail: anat1958@mail.ru.

Ли Ксения Викторовна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Новосибирского государственного медицинского университета.

Адрес: 630003, г. Новосибирск, ул. Владимировская, 2.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

■ УДК 340.628

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ У ЛИЦ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

И.Л. Шестель

ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздрава России

E-mail: vpkonev@mail.ru

LEGAL ASSESSMENT OF HARM TO HEALTH IN PERSONS WITH COMORBIDITIES

I.L. Shestel

The Omsk State Medical Academy

Механические повреждения у лиц с признаками дисплазии соединительной ткани имеют более тяжелое течение, чем у людей, ее не имеющих, а также более продолжительные сроки лечения, нередко с осложнениями в отдаленном посттравматическом периоде. Наличие у потерпевшего предсуществующей патологии обуславливает большую тяжесть последствий травмы, удлинение сроков лечения и его удорожание. В таких случаях целесообразно проведение комиссионной судебно-медицинской экспертизы с участием тех специалистов, к ведению которых относится имевшееся у потерпевшего до нанесения повреждения заболевание, что позволяет точнее оценивать влияние фоновой патологии в формировании повреждений и при оценке вреда здоровью потерпевшего.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, вред здоровью, правовая оценка.

Damages in persons with dysplasia of connecting tissue have heavier character, than in control, the extended terms of treatment and complication in the further post-traumatic period. It does not meet an adequate legal assessment. The presence of preexisting pathology in the victim causes more severe effects of trauma, lengthening of treatment time and rising the costs. In these cases the carrying out of commission forensic expertise with participation of those experts who treated the victim disease before damage is reasonable. It allows to estimate more precisely the influence of preexisting pathology on the damage formation when assessing the injury of the victim.

Key words: dysplasia of connecting tissue, bodily injury, legal assessment.

Необходимость квалифицированной экспертной оценки повреждений при установлении тяжести вреда здоровью на современном этапе обусловлена с распространённостью преступлений, связанных с причинением механической травмы [9, 12]. Подтверждением этому служат данные МВД РФ, согласно которым только за период с января по октябрь 2013 г. в результате преступных действий погибло 30,2 тыс. человек, а в 43,1 тыс. случаев был причинен тяжкий вред [14]. В работе судебно-медицинских экспертов нередко встречаются случаи, когда причиняется вред здоровью лицам, имеющим хроническую патологию [13]. При этом определенный интерес вызывает оценка состояния здоровья в посттравматическом периоде, которая обычно определяется качеством протекающих процессов регенерации и репарации в условиях адекватной медицинской помощи и может протекать в пределах более или менее стан-

дартных сроков лечения. В таких случаях не вызывает вопросов определение даты окончания срока временной нетрудоспособности, а также «статус» здоровья в момент нанесения травмы. Однако в большом количестве случаев в состоянии здоровья потерпевших имеются определенные особенности, которые, существуя до момента травмы, обуславливают не только патологическое своеобразие повреждений, но и утяжеляют течение регенерации, нередко закладывая основу для осложнений в отдаленном посттравматическом периоде [18].

К системным патологическим состояниям, влияющим на течение травмы, можно отнести такую фоновую патологию, как дисплазия соединительной ткани. Изменения, наблюдающиеся при синдроме дисплазии соединительной ткани, происходят из-за уменьшения содержания в организме человека структурного материала соедини-

тельной ткани – коллагена, который участвует в формировании костей, связок, структуры внутренних органов, сосудов, участвует в обменных процессах [8, 16]. В ряде случаев диспластические изменения могут быть обусловлены и воздействием экзогенных факторов: неблагоприятной экологической обстановкой, неадекватным питанием и стрессами [15]. Частота выявления синдрома дисплазии соединительной ткани, по данным авторов занимающихся этой темой, колеблется от 26 до 80% [2–6, 15]. У лиц с признаками дисплазии соединительной ткани в большинстве случаев образовавшиеся повреждения имеют более тяжелый характер, чем при сходных условиях травмы у лиц, не имеющих дисплазии. У диспластиков в посттравматическом периоде значительно увеличиваются сроки лечения (после получения травм) и почти всегда имеются осложнения в отдаленном посттравматическом периоде. Закономерно возникающие при этом вопросы не имеют должной медицинской и правовой оценки [13].

Согласно современным представлениям, дисплазия соединительной ткани является наследственной патологией соединительной ткани, влекущей за собой изменение структуры синтезируемого коллагена. При этом отмечается повреждение одного или нескольких типов коллагена, которое в конечном итоге ведет к определенным нарушениям формообразования [10, 11]. На сегодняшний день наиболее целесообразным с позиций диагностики является исследование фенотипических свойств соединительной ткани и ее производных [5, 6]. Судебно-медицинская диагностика травм и их осложнений у лиц, страдающих системными заболеваниями, в том числе и дисплазией соединительной ткани, сопряжена с решением вопросов объективной оценки самих повреждений и сроков утраты трудоспособности. Однако первоначально необходимо выявление синдрома дисплазии соединительной ткани у пострадавшего. Для этого на первом этапе экспертной диагностики следует определить конституциональный статус потерпевшего. Согласно литературным данным, антропометрические параметры костного скелета связаны со взаимоотношениями его отдельных частей, в норме это отношение иррациональной дроби [17]. Колебания цифровых значений в пределах нормы обычно не превышают $\frac{1}{5} - \frac{1}{6}$ параметра. Примером подобных отношений в наших исследованиях может служить индекс отношения высоты и ширины тела нижней челюсти [17]. Несмотря на многочисленные варианты, этот индекс в норме характеризуется пре-вышением высоты над шириной в 1,3 раза, а при наличии дисплазии он уменьшается или увеличивается.

Учитывая, что большинство антропометрических параметров, определяемых в литературе как стигмы дисплазии соединительной ткани – величины не абсолютные, а сравнительные, следовательно, при выполнении большей части антропометрической оценки возможно использование критериев отклонения параметра от гармонической нормы, принятой в качестве средней величины, или границ нормы в популяции. Например, если у исследуемого пациента определяется долихостеномиелия, это означает, что у него нарушено гармоническое

соотношение – длина верхнего/длина нижнего сегмента, которое может быть отражено в численном выражении в виде пропорции индекса их отношений.

Среди основных антропометрических признаков дисплазии выделяют непропорциональное телосложение (преобладание длины тела и отдельных его сегментов над шириной), характерное для астенической формы грудной клетки, слабое развитие подкожно-жировой клетчатки и скелетной мускулатуры. Астеническому телосложению часто сопутствует деформация грудины (воронкообразные вдавления, килевидная форма), позвоночника (сколиоз, “прямая спина”, гиперкифоз, гиперлордоз поясничного отдела и в сочетаниях), патологии суставов (гипермобильность, подвывихи), патологии стопы (продольное и поперечное плоскостопие), патологии кожи (гиперрастяжимая кожа, заживление в виде папиросной бумаги), сосудистой патологии (варикозное расширение вен нижних конечностей).

Часто физический компонент астении дополняется наличием астенического синдрома, состоящим из субъективных ощущений вялости, утомляемости, раздражительности, плохого сна или, наоборот, сонливости после умственной или физической нагрузки, причем выраженность синдрома прямо коррелирует с возрастом пациентов.

Весь перечисленный комплекс признаков свидетельствует о наличии у потерпевших полного комплекса общих синдромов дисплазии соединительной ткани: гипоксического – обусловленного деформацией грудной клетки и позвоночника, сосудистого и синдрома иммунологической недостаточности, которые могут проявляться в виде местных и общих воспалительных осложнений, а также нарушениями процессов регенерации в посттравматическом периоде.

При проведении антропологических и макроморфометрических измерений часто обращают на себя внимание морфологические признаки дисплазии соединительной ткани орофациальной области – брахицефалия, нарушение межчелюстных отношений, аномальный рост зубов в виде скученности, диастем, трем. Как правило, тяжесть травмы у носителей таких признаков неизменно высока – от 3 до 5 баллов [17].

Как показывает экспертная практика, у лиц с признаками дисплазии соединительной ткани в большей части случаев повреждения имеют более тяжелый характер, чем у лиц, не имеющих диспластических изменений. Удлиняются более чем в два раза сроки лечения после получения травм и почти всегда имеются осложнения в отдаленном посттравматическом периоде, что сегодня не находит адекватной правовой оценки [1, 7].

Так, например, судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью в случае перелома нижней челюсти практически никогда не выходит из рамок среднего вреда здоровью. В отношении обвиняемого осуществляется правовая оценка содеянного в соответствии со статьей 112 УК РФ, однако в тени остается главное обстоятельство, без которого прецедента травмы могло и не быть – более низкая сопротивляемость нижнечелюстной кости потерпевшего к травмирующему воздействию

из-за конструкционной “слабости”, обусловленной имеющейся индивидуальной особенностью – фоновым предсуществующим состоянием в виде выраженной дисплазии соединительной ткани.

Заключение

По нашему мнению, в подобных случаях целесообразно проведение комиссионной судебно-медицинской экспертизы с участием специалистов соответствующего профиля, к ведению которых относится выявление у потерпевшего предшествующей травмы фоновой патологии. Кроме того, необходимо соответствующее совершенствование правовой базы для решения подобных вопросов.

Литература

1. Ботезату Г.А. Судебно-медицинская экспертиза поврежденных и насильственной смерти у лиц с предшествующими заболеваниями. – Кишинев, 1989. – С. 9.
2. Бугаева И.В. Клинико-функциональное значение дисплазии соединительной ткани и ее влияние на течение заболеваний, вызванных воздействием факторов внешней среды : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тюмень, 2010. – 21 с.
3. Вершинина М.В. Особенности внебольничной пневмонии у больных с признаками дисплазии соединительной ткани : дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 2004. – 160 с.
4. Викторова И.А. Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти : дис. ... докт. мед. наук. – Омск, 2004. – 462 с.
5. Готов А.В. Клиническая и структурно-функциональная характеристика иммунной системы при дисплазии соединительной ткани : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Новосибирск, 2003. – 39 с.
6. Дубилей Г.С. Восстановительное лечение больных с клинико-функциональными нарушениями кардио-респираторной системы при дисплазии соединительной ткани : дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 1997. – 122 с.
7. Золотарева Е. Н. Возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью граждан // Россия и мир: вчера, сегодня, завтра. Российское законодательство и проблемы его совершенствования. – М., 2006. – С. 115
8. Конев В.П., Шестель И.Л., Коршунов А.С. и др. Критерии экспертной диагностики дисплазии соединительной ткани // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 49–53.
9. Коновалов А., Шарапов Р. Понятие вреда здоровью в условиях правовой дезориентации судебно-медицинской экспертизы живых лиц // Уголовное право. – 2007. – № 1. – С. 15.
10. Нечаева Г.И. Кардиогемодинамические синдромы при дисплазии соединительной ткани (клиника, диагностика, прогноз) : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 1994. – 37 с.
11. Новак В.Г. Клинико-морфологическая оценка изменений сердечно-сосудистой системы при дисплазии соединительной ткани в аспекте внезапной смерти : дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1997. – 212 с.
12. Расторопов С. Объект преступлений против здоровья человека // Уголовное право. – 2004. – № 1. – С. 44.
13. Рубежанский А.Ф. Сроки лечения, исходы и отдаленные последствия 499 переломов челюстно-лицевых костей // Стоматология. – 1962. – № 5. – С. 60–64.
14. МВД России [Электронный ресурс]. – URL: www.mvd.ru.
15. Степура О.Б. Синдром дисплазии соединительной ткани : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2005. – 25с.
16. Швецова Е.В. Дифференцированная клиничко-эхокардиографическая оценка структуры и функции митрального клапана при дисплазии соединительной ткани сердца : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 2002. – 19 с.
17. Шестель И.Л. Переломы нижней челюсти у лиц с дисплазией соединительной ткани : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 2001. – 21 с.
18. Яковлев В.М., Нечаева Г.Н. Кардио-респираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани. – Омск, 1994. – С. 217.

Поступила 13.12.2013

Сведения об авторах

Шестель Игорь Леонидович, к.м.н., старший преподаватель кафедры судебной медицины с курсом правоведения ГОУ ВПО “Омская государственная медицинская академия” Минздрава России.

Адрес: 644043, г. Омск, ул. Партизанская, 20.

E-mail: vpkonev@mail.ru.

СЛУЧАИ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ

■ УДК 340.624.23

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СМЕРТЕЛЬНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УШИБЕ СЕРДЦА

А.Б. Шадымов, А.С. Новоселов, Е.Р. Польковский, О.Б. Литвиненко

КГБУЗ Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы

E-mail: shadimov_akbsme@mail.ru

EXCEPTIONAL CASE OF DEADLY COMPLICATION AT HEART CONTUSION

A.B. Shadymov, A.S. Novoselov, E.R. Polkovskiy, O.B. Litvinenko

The Altay Regional Bureau of Forensic Medicine, Barnaul

Представлено экспертное наблюдение ушиба сердца, осложнившегося в посттравматическом периоде тромбозом полости правого желудочка, приведшего к смерти пострадавшего.

Ключевые слова: ушиб сердца, травма, тромбоз.

The expert observation of cardiac contusion, which was complicated by posttraumatic thrombosis of the right ventricle cavity, resulting in death of the victim, is presented.

Key words: cardiac contusion, trauma, thrombosis.

Ушиб сердца при тупой травме грудной клетки является опасным для жизни повреждением, поскольку часто сопровождается рефлекторным нарушением ритма и быстрым наступлением смерти [1, 2, 4]. Однако могут встречаться отсроченные посттравматические осложнения со стороны сердца в виде ишемических или воспалительных изменений в его оболочках.

В нашей практике впервые встретился случай массивного тромбоза правых камер сердца и легочных артерий, развившегося как отсроченное осложнение ушиба сердца.

Из обстоятельств дела следовало, что на автомагистрали произошло дорожно-транспортное происшествие, в результате которого пассажир переднего сидения автомобиля ВАЗ-21093 в момент фронтального столкновения вылетел через ветровое стекло, получив при этом сочетанную травму головы, груди, живота и конечностей. В связи с полученными телесными повреждениями гр-н П. был доставлен «скорой помощью» в Центральную районную больницу.

При общеклиническом и инструментальном обследовании пострадавшего было установлено, что из всех повреждений наиболее тяжелой является закрытая тупая

травма грудной клетки в виде правосторонних переломов ребер с повреждением легочной ткани правого легкого и развитием правостороннего гемопневмоторакса, по поводу чего было проведено дренирование правой плевральной полости по Бюлау с удалением воздуха и крови.

Остальные повреждения (легкий ушиб головного мозга, множественные ссадины на туловище и конечностях) являлись не опасными и нуждались только в наблюдении и консервативной терапии.

В течение первых суток состояние пострадавшего стабилизировалось и соответствовало средней степени тяжести. Находившегося в сознании больного беспокоила только общая слабость и боль в области сломанных ребер.

На вторые сутки у гр-на П. дополнительно появились одышка и кашель. Еще через несколько часов его состояние резко ухудшилось, он стал метаться в постели из-за нехватки воздуха. При осмотре отмечалась резкая бледность кожного покрова, акроцианоз, дыхание в правой половине грудной клетки не прослушивалось, слева было ослаблено, частота дыхательных движений составляла 28 в минуту, при этом гемодинамика была ста-

бильная.

Из-за нарастающей дыхательной недостаточности больной был срочно заинтубирован и переведен на искусственную вентиляцию легких чистым кислородом. При проведении контрольной рентгенографии органов грудной клетки отмечался тотальный пневмоторакс, легкие были поджаты к корням.

После консультации с грудным хирургом Центра медицины катастроф было заподозрено, что плевральные дренажи не функционируют, в связи с чем дополнительно установили дренажные трубки в обе плевральные полости. Однако предпринятые меры оказались безуспешными, и вскоре на фоне нарастающей острой дыхательной недостаточности наступила смерть больного.

В заключительном клиническом диагнозе осложнением тупой травмы грудной клетки был выставлен плевропульмональный шок и травматический шок, возможно, на фоне предполагаемого отрыва главного бронха и контузии легких и органов средостения.

При судебно-медицинском исследовании трупа гр-на П. в первую очередь была проведена проба на пневмоторакс. Из правой и левой плевральных полостей выделились единичные пузырьки воздуха, что свидетельствовало о нормальной работоспособности дренажных трубок, просветы их были проходимы. При вскрытии грудной полости оба легких были спавшиеся, поджаты к корням, легочная ткань на ощупь практически безвоздушная.

Обращало на себя внимание неестественное чрезмерное увеличение правых отделов сердца, которое контурировалось через сердечную сорочку темно-синюшным цветом и отличалось от окружающих тканей. Проведенная проба на воздушную эмболию сердца оказалась отрицательной. Не выделяя органы из грудной клетки, были вскрыты правые камеры сердца, где как в предсердии, так и в желудочке были обнаружены плотно-эластичные смешанные (красные и белые) тромбы, спаянные с эндокардом. Кроме того, от тромба, расположенного в правом желудочке, отходили вытянутые «хвостики» в просвет легочного ствола и отходящих от него легочных артерий, перекрывая их просвет до половины. Данное «препятствие» не только затрудняло кровотоки к легким и газообмен, но и мешало полноценному сокращению правых отделов сердца.

После удаления этих тромбов на месте их фиксации были обнаружены крупноочаговые кровоизлияния темно-красного цвета, размерами до 2х1,5 см, свидетельствующие о наличии участков ушиба сердца, что подтверждалось данными судебно-гистологического исследования (наличие кровоизлияния под эндокардом с лейкоцитарной реакцией, наличие тромботических масс как по краю эндокарда, так и в просветах легочной артерии и сосудах легких).

На основании анализа морфологической картины в клинико-анатомическом эпикризе было указано, что появившиеся у гр-на П. на второй день после травмы грудной клетки симптомы острой недостаточности кровообращения в «малом круге», а также отсутствие положительного эффекта от ИВЛ и дренирования по Бюлау

были обусловлены закономерно развившимся посттравматическим осложнением в виде тромбоза камер сердца и отходящих от него легочного ствола и легочных артерий. Для диагностики данного осложнения достаточно было провести электрокардиографическое исследование сердца, что позволило бы в дальнейшем скорректировать лечение, направленное на профилактику ТЭЛА.

Заключение

Таким образом, при тяжелой тупой травме груди в результате ударного воздействия следует помнить о частом образовании ушиба сердца, который наряду с развитием смертельного исхода может сопровождаться развитием ряда отсроченных осложнений. Помимо описанных в данных литературы посттравматического инфаркта и миокардита, ушиб сердца может осложняться внутрисердечным пристеночным тромбозом, сопровождающимся нарушением кровотока по магистральным сосудам. Своевременная клиническая диагностика типичных осложнений и проведение соответствующей неотложной терапии могут позволить сохранить жизнь пострадавшим с ушибом сердца.

Литература

1. Новоселов В.П., Савченко С.В., Романова Е.А. и др. Патоморфология миокарда при ушибе сердца. – Новосибирск: Наука, 2002. – 168 с.
2. Савченко С.В. Экспертная оценка патоморфологических изменений эндокарда и миокарда при ушибе сердца: дис. докт. мед. наук. – Новосибирск, 2002. – 275 с.
3. Савченко С.В. Актуальные вопросы экспертной оценки морфологии сердца // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 3. – С. 5–8.
4. Соседко Ю.И. Экспертная оценка при травме рефлексогенных зон тела. – М., 1996. – 98 с.

Поступила 30.09.2013

Сведения об авторах:

Шадимов Алексей Борисович, д.м.н., профессор, заместитель начальника по экспертной работе КГБУЗ «Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы».

Адрес: 656038, г. Барнаул, ул. Чкалова, д. 58 а.

E-mail: shadimov_akbsme@mail.ru.

Новоселов Александр Сергеевич, к.м.н., врач, судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз КГБУЗ «Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы».

Адрес: 656038, г. Барнаул, ул. Чкалова, д. 58 а.

E-mail: sme-ose@mail.ru.

Польковский Евгений Ростиславович, врач, судебно-медицинский эксперт Новоалтайского отделения КГБУЗ «Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы».

Адрес: 656038, г. Барнаул, ул. Чкалова, д. 58 а.

E-mail: sme-ose@mail.ru

Литвиненко Олег Борисович, заведующий Новоалтайским отделением КГБУЗ " Алтайское краевое бюро су-

дебно-медицинской экспертизы”.

E-mail: sme-ose@mail.ru.

Адрес: 656038, г. Барнаул, ул. Чкалова, д. 58 а.

■ УДК 616.8-001.21

ЭКСПЕРТНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМ ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ

Д.Е. Кузьмичев, И.М. Вильцев, Р.В. Скребов

КУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры “Бюро судебно-медицинской экспертизы”, Ханты-Мансийск

E-mail: sudmedmeg@mail.ru

EXPERT OBSERVATION OF ELECTRIC SHOCK

D.E. Kuzmichev, I.M. Viltsev, R.V. Skrebov

The Khanty-Mansi Autonomous District – Yugra Regional Bureau of Forensic Medicine, Khanty-Mansiysk

В статье описан случай смертельного поражения техническим электричеством из экспертной практики с нетипичной морфологией электрометок и при полном отсутствии катамнестических данных.

Ключевые слова: технический ток, морфология, электрометка.

The authors describe a case of fatal injury by electricity with both atypical morphology of electric shock signs on the skin and the absence of any catamnestic data.

Key words: technical current, morphology, electrical skin lesions.

Смерть от воздействия электричества может наступить при поражении техническим, реже атмосферным электротокком, реже от воздействия некоторых редких морских животных [1–3].

При смерти от воздействия технического или атмосферного тока особую важность приобретают обстоятельства дела, которые далеко не всегда бывают очевидными. При исследовании же трупа в этих случаях особое значение приобретает выявление места контакта с электроносителем – электрометки.

В нашей практике встретился не совсем обычный случай электротравмы. В зимний период времени для судебно-медицинского исследования был направлен труп мужчины 39 лет. Из обстоятельств дела известно, что обнаружен по месту жительства – дома. Со слов родственников – за медицинской помощью последнее время не обращался, однако злоупотреблял алкогольсодержащими напитками. По заявленному ходатайству эксперту были предоставлены протокол осмотра места происшествия и медицинская документация из поликлиники. Из протокола: “... труп мужчины лежит на спине, на полу на кухне, одет в белую майку, спортивное трико синего цвета, цветные трусы. Одежда без повреждений и загрязнений. Трупное окоченение выражено во всех скелетных мышцах тела. Повреждений на теле не обнаружено... на кухне на столе две пустые бутылки из-под водки, емкостью 0,5 л и 0,7 л”. Других данных нет. Из медицинской документации: последнее обращение 4 года назад по поводу простудного заболевания.

При наружном исследовании: одежда без повреждений,

загрязнений и наложений. Кожные покровы бледные, на лице и шее с синеватым оттенком. Лицо одутловатое. Волосы на голове не опалены. Соединительные оболочки глаз и слизистые оболочки губ, полости рта с множественными пылевидными кровоизлияниями. На наружной поверхности в средней трети правого предплечья выявлена мелкая овальная неравномерно выраженная ссадина 8х6 мм, с ярко-красной подсохшей чуть ниже уровня неповрежденной кожи поверхностью. На наружной поверхности нижней трети левого плеча с переходом на наружную поверхность левой локтевой области имеется неправильно-овальной формы ссадина размерами 12х8 см, с ярко-красной подсохшей чуть ниже уровня неповрежденной кожи поверхностью. Кожа и мягкие ткани в окружности описанных повреждений слегка отечные, синеватого цвета. При внутреннем исследовании выявлен отек мягких мозговых оболочек и вещества головного мозга, наличие под легочной плеврой множественных точечных кровоизлияний (пятна Тардье), явления полнокровия и отека легких. Сердце, крупные сосуды без особенностей, венечные артерии проходимы, с единичными плоскими атеросклеротическими бляшками. Печень желто-коричневая, “мускатного” вида. Отмечено выраженное острое венозное полнокровие внутренних органов. Специфических запахов от органов и полостей не ощущалось. В процессе секционного исследования эксперт счел целесообразным осуществить забор выявленных ссадин для судебно-гистологического исследования. При судебно-химическом исследовании этиловый спирт и его суррогаты не были обнаружены.

При судебно-гистологическом исследовании было выявлено острое венозное полнокровие внутренних органов, а также характерные для “электрометки” морфологические изменения срезов кожи, окрашенных гематоксилином и эозином. При микроскопии срезов кожи отмечалось уплощение эпидермиса, ядра клеток были интенсивно окрашены гематоксилином, хорошо визуализировалось их выраженное уплощение, при этом длинник ядер был ориентирован параллельно поверхности кожи. Клетки зернистого слоя также были изменены за счет уплощения ядер и расположения их параллельно поверхности кожи. Местами в хорошо сохранившихся слоях эпидермиса клетки имели гиперхромные ядра, вытянутые перпендикулярно или наклонно к поверхности кожи с формированием фигур “завихрения”. После завершения судебно-медицинского исследования экспертом было заявлено ходатайство правоохранительным органам о необходимости дополнительного осмотра места обнаружения трупа с его личным участием. В ходе осмотра были выявлены имевшие место нарушения техники безопасности при использовании электрических приборов в виде самостоятельно внедренных новшеств в игровую приставку, при отсутствии должной изоляции токонесущей детали, что в сочетании с металлическим покрытием предметов интерьера помещения явилось источником неконтролируемой утечки электричества. При осмотре места происшествия было уточнено, что электротравма возникла при включении электроприбора и попадании в электрическую цепь обеих рук пострадавшего.

Заключение

Таким образом, судебным медикам при оценке выявленных при исследовании трупа каких-либо нетипичных изменений или повреждений всегда следует помнить о возможности поражения электрическим током, даже при

отсутствии указаний на такую возможность в обстоятельствах дела или данных протокола осмотра места происшествия.

Литература

1. Назаров Г.Н., Николенко Л.П. Судебно-медицинское исследование электротравмы. – М., 1992. – С. 6–78;
2. Петрова И.Ф., Петров Н.В., Торьяник Е.Н. Электротравма. – М., 2000 – С. 37–39.
3. Хрулев А.Е., Григорьева В.Н., Хрулев С.Е. Механизмы поражения и морфологические изменения нервной системы при электрической травме // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 2. – С. 374–376.

Поступила 01.08.2013

Сведения об авторах

Кузьмичев Денис Евгеньевич, заведующий филиалом “Отделение в г. Мегионе” КУ ХМАО-Югры “Бюро судебно-медицинской экспертизы”.

Адрес: 628680, ХМАО-Югра, г. Мегион, ул. Нефтяников, 18/2.

E-mail: sudmedmeg@mail.ru.

Вильцев Игорь Михайлович, врач судебно-медицинский эксперт филиала “Отделение в г. Мегионе” КУ ХМАО-Югры “Бюро судебно-медицинской экспертизы”.

Адрес: 628680, ХМАО-Югра, г. Мегион, ул. Нефтяников, 18/2.

E-mail: sudmedmeg@mail.ru.

Скребов Роман Владимирович, заместитель главного врача по экспертной работе КУ ХМАО-Югры “Бюро судебно-медицинской экспертизы”.

Адрес: 628012, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40, блок Д.

E-mail: skrebov@yandex.ru.

ИСТОРИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

■ УДК 340.614.3:340.68

ИЗ ИСТОРИИ СУДЕБНОЙ СТОМАТОЛОГИИ И КРИМИНАЛЬНОЙ АНТРОПОЛОГИИ

Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

E-mail: ev.barinov@mail.ru.

FROM THE HISTORY OF FORENSIC DENTISTRY AND CRIMINALISTIC ANTHROPOLOGY

Е.Х. Баринов, P.O. Romodanovsky

The Moscow State Medico-Stomatologic University n.a. A.I. Evdokimov

В статье приведены сведения о развитии из криминальной антропологии нового раздела судебной медицины. Показано становление судебной стоматологии.

Ключевые слова: криминальная антропология, судебная медицина, судебная стоматология, идентификация личности.

The authors present the data about the rising from criminal anthropology and development of new subdiscipline of forensic medicine. Formation of forensic stomatology is shown.

Key words: criminalistic anthropology, forensic medicine, forensic stomatology, identification of the person.

Судебно-медицинскому эксперту в своей практической деятельности приходится встречаться с вопросами, относящимся к различным отделам медицинских знаний, в том числе и к стоматологии. Анатомо-морфологические особенности зубов уже давно позволяют использовать эти данные для идентификации личности, что является несомненной заслугой судебной стоматологии.

Однако следует помнить, что развитие судебной стоматологии в России проходило под влиянием европейской криминально-антропологической школы, широко распространенной в Европе конца XIX столетия.

Первый ученый, заметивший ряд выраженных анатомических особенностей в строении как тела, так и зубов у слабоумных и идиотов, был Морель, который в середине XIX века отмечал, что они настолько отступают от средних норм, что не могут быть отнесены к индивидуальным вариантам. Итальянский психиатр Ч. Ламброзо, основываясь как на своих собственных наблюдениях, так и на трудах Мореля, положил начало новой отрасли биологии – “криминальной антропологии” [1].

Одним из основных вопросов криминальной антропологии явился вопрос о том, что же считать индивидуальной особенностью человека, какие индивидуальные особенности следует отнести на счет расовых, профессиональных вариаций, а что считать аномалией?

Несмотря на многочисленные наблюдения, научно обоснованных данных в отношении зубо-челюстного аппарата получено не было. Колебания в размерах зубов, отмечаемые разными авторами, основывались не на измерениях, а лишь на личных впечатлениях исследователей, поэтому те размеры, которые одними авторами назывались “большими”, другими могли считаться “малыми”. Такой метод изучения не мог считаться научным. Не всегда также применялся строго научный метод и при общем исследовании зубов в смысле единства, племени, пола, возраста, места, а также параллельности исследования здоровых и вырождающихся субъектов.

Учитывая все вышеизложенное, необходимо было с большой осторожностью решать вопрос, какие из аномалий зубов можно отнести к физическим признакам вырождения? Изменения зубов, описываемые разными авторами как признаки вырождения, представляли собой те особенности, которые относились к неправильности их развития, как например, неполная смена зубов, отсутствие зубов мудрости, неправильности их прорезывания, в артикуляции, высокое и низкое небо, а также Гутчисоновский зуб, кинжаловидный клык, свойственный обезьянам, например, гориллам (наибольший поперечник края наблюдается у свободного края десны, отсюда клыки постепенно истончаются и заканчи-

ваются острой верхушкой). У человека клык тем острее и тем шире у шейки, чем ниже раса.

На основании тех особенностей зубов, которые были описаны различными представителями школы криминальной антропологии как признаки вырождения и преступности, был сделан вывод о том, что эти сведения представляют особый интерес для судебного врача [2–4].

Уже в 1886 г. Ч. Ломброзо, наблюдая за живыми преступниками, а также путем вскрытия их после смерти, пришел к выводу, что всякий преступник обладает целым рядом физических особенностей, связанных с известными отклонениями в их психической сфере, данные особенности и характеризуют преступника как особый антропологический тип человеческого рода. Эти признаки указывают, что носитель их с неизбежной необходимостью должен стать преступником, хотя бы даже и тайным, совершенно независимо от всех социальных и индивидуальных условий жизни. Он, как говорит автор, “рожден быть преступником”. При этом Ч. Ломброзо не отрицал, что социальная среда и различные внешние факторы (“бедность, соблазн”), могут побудить данное лицо к преступлению, то есть его гипотеза заключалась лишь в попытке объяснения того, что существуют люди, имеющие врожденную предрасположенность к преступлению. По его наблюдению, 40% всего населения тюрьмы представляют собой видоизменение человеческого типа, обусловленное атавизмом как в своих психических, так и в физических свойствах [4].

Причина же преступления по гипотезе Ч. Ломброзо лежит ни в чем другом, как в индивидуальности самого преступника, которая является в своих чертах прирожденной и унаследованной. Все найденные у преступников особенности представляют в совокупности один общий тип врожденного преступника. Ч. Ломброзо, исследуя зубы различных преступников, отмечает наличие у 4% убийц – сильно развитых больших клыков, у 44% убийц и 17% преступников другого рода – наличие промежутков между верхними клыками и боковыми резцами подобно тому, как у орангутанга, помещаются нижние клыки. У них же наблюдалось: тесное размещение, сильно развитые верхние средние резцы рядом с очень маленькими боковыми резцами или полным их отсутствием от рождения, отсутствие от рождения резцов наблюдалось в 2,1% случаев. Неправильная постановка зубов, узкое и высокое небо наблюдалось довольно часто, причем чаще у преступниц, чем у преступников, и всего чаще у проституток – 41% [4].

А. Палтауф (1898), исследуя 30 черепов преступников, имеющих в Венском судебно-медицинском институте, обнаружил у 8 из них большие массивные резцы; у 5 такие же клыки; у 2 – “задержку роста зубов”; у стольких же – зубы “малые”; у 3 – “отсутствие зубов мудрости”; у одного – был “открытый прикус”; у 5 – замечался “зубной прогнатизм” [4].

П. Тарновская (1889) на основании своих антропологических исследований приходит к убеждению, что проститутки не случайны, а занимаются этой работой с ранней молодости, обладают многими физическими и пси-

хическими признаками вырождения в результате или задержки развития, или наследственности. У 150 исследованных ею проституток она отметила в 54% случаев – зубные уродства; в 62% – неправильную постановку зубов; в 19% – зубы Хатчинсона (полулунные выемки на резцах); в 10 случаях – отсутствие от рождения боковых верхних резцов. В своей работе “Антропологическое исследование женщин-убийц”, проводя исследования на 160 женщинах-преступницах и на стольких же не преступных женщинах, она отмечает, что у убийц в 9,3% – отсутствовали верхние резцы, имелись кинжаловидные клыки; в 28,1% – редко стоящие зубы; Гутчинсоновские зубы, аномалии положения, строения – в 78%; в 15% – глубокое небо. В общем же, аномалии были у 66% женщин-преступниц, в 54% – у 216 проституток, в 30% – у 100 воровок, в 22% – у 158 не преступных женщин [1–4].

В конце XIX столетия Talbot из своих наблюдений, основанных на большем числе исследований зубов и челюстей у слабоумных различных наций, нашел изменения в правильности развития зубов, недоразвитии челюстей, V-образную и седловидную челюсть [1].

Следует отметить, что конец XIX века явился расцветом криминальной антропологии. Так, Dr. madame Alice Sollier высказала мнение, что идиотизм в сопровождении с эпилепсией часто вызывает остановку в развитии, всевозможные аномалии и повреждение зубной системы, встречающаяся в 91% на 100 обследованных идиотов. Согласно ее исследованиям, в 13% случаев наблюдалось преждевременное прорезывание зубов, в 20% – позднее прорезывание зубов, в 14% маленькие зубы, в 11% большие зубы, в 2% зубы сверхкомплектные, в 34% аномалии постановки, в 80% аномалии в направлении (передние зубы выступают вперед или назад или заходят одни за другие), в 53% аномалии формы 58% – эрозии, и только в 11 случаях нормальные зубы [1, 4].

Richter, исследуя телесное развитие у 200 душевнобольных, нашел у них неправильность постановки зубов и клыков на верхней челюсти в 11 случаев и в 15 случаев на нижней. В одном случае он наблюдал добавочный зуб и в двух развилось только по 3 резца; в одном случае резцы были наподобие шрифтов, в другом они стояли далеко друг от друга.

Учение Ч. Ломброзо и его коллег о преступном человеке, его теории об атавизме, параллелях, проводимые им между преступником, эпилептиком и нравственно помешанным, встречали горячие опровержения со стороны многих лиц, в особенности со стороны французского ученого профессора Manouvrier и известного юриста Tarde, доказывающих, что преступник не представляет с анатомической точки зрения никаких отличительных признаков от честного, и что преступление стоит в прямой связи с социальными условиями жизни [1, 4].

Однако такое сложное явление, каким представляется преступление, бывающее обыкновенно результатом факторов как наследственного происхождения, так и социальных условий жизни, не может быть объяснено как гипотезой Ч. Ломброзо, так и социальными условиями жизни, приводимыми его противниками.

В России последователями европейской школы крими-

нальной антропологии явились сотрудники Императорского Московского университета профессор П.А. Минаков и прозектор, а впоследствии профессор – А.И. Крюков.

Будучи еще прозектором кафедры, П.А. Минаков начал интересоваться антропологией, занятия которой не прекращал до последних дней жизни. Интерес к антропологии обязан своим возникновением знакомству Петра Андреевича с учением Ч. Ломброзо. Изучение теории криминальной антропологии указало П.А. Минакову на необходимость глубокого знания антропологии вообще. В то время ведущим ученым в области антропологии был Д.Д. Анучин, под руководством которого П.А. Минаков принялся за изучение антропологии.

Впоследствии, будучи членом Общества естествознания, П.А. Минаков являлся ближайшим помощником Д.Д. Анучина, а после смерти последнего возглавил антропологический отдел данного Общества.

Результатом изучения антропологии явился ряд работ П.А. Минакова, вышедших в “Трудах Антропологического отдела Императорского Общества любителей естествознания”. Эти работы посвящены исследованию волос. На основании исследования большого количества ископаемых волос автор пришел ко многим и важным в судебно-медицинском и антропологическом отношении выводам. Придавая форме поперечного сечения волоса важное значение расового признака, П.А. Минаков указывает какими способами должна изучаться эта форма.

На научные взгляды ученого повлияли также поездки за границу, куда П.А. Минаков был командирован Университетом для повышения квалификации. Первая поездка состоялась уже в 1895 году. П.А. Минаков работал в Вене у выдающегося судебного медика Э. Гофмана, в Париже у не менее знаменитого Бруарделя и в Берлине у Штрассмана. Пребывание за границей в течение полутора лет было для П.А. Минакова весьма плодотворным. Профессиональное общение со знаменитыми профессорами Европы обогатило научные познания ученого и увенчалось написанием работы “Об изменениях волос под действием высокой температуры” (1896). Возвратившись в Москву, П.А. Минаков продолжил работу и публикации, посвященные вопросам антропологии и связи ее с судебной медициной. В дальнейшем “командировки за границу с ученой целью” П.А. Минаков совершал в 1902, 1908, 1909 и 1910 годах, что естественным образом расширяло и совершенствовало знания и влияло на научные воззрения ученого.

Будучи избранным в 1901 году профессором Московского университета, П.А. Минаков не порвал связи с антропологией. Напротив, он принимает деятельное участие в работах Антропологического отдела Императорского Общества любителей естествознания и в Антропологическом журнале, в котором публикуются результаты его исследований. В работах прослеживается тесная связь между проблемами антропологии и решением практических судебно-медицинских задач.

Изучение волос в судебно-медицинском и антропологическом отношении привело П.А. Минакова к исследо-

ванию зубочелюстного аппарата, особенно позднему прорезыванию и задержке зубов. В ряде исследований, посвященных данной проблеме, П.А. Минаков отдает дань теории Ч. Ломброзо. Так, в своей статье “Ненормальная волосатость”, опубликованной в XIX томе Трудов Антропологического отдела Императорского Общества любителей естествознания (1898), П.А. Минаков говорит, что аномалии зубов наблюдались во всех случаях у волосатых людей, где только обращали внимание на зубы. Такое соотношение между аномалиями зубов и волос, произошедших из эктодермального слоя, П.А. Минаков объяснял задержку в развитии двух одинаковых по происхождению образований. В данной работе П.А. Минаков описал обследованного им “львиного мальчика” Стефана из Варшавской губернии и обобщил имеющуюся по данному вопросу литературу. П.А. Минаков отметил, что у “львиного мальчика”, которому исполнилось пять лет, был только один, да и то деформированный зуб, находившийся на нижней челюсти.

Кроме данного случая, П.А. Минаков приводит еще ряд наблюдений. Так, у 30-летнего Schwe-Maong было четыре верхних и столько же нижних резцов и один левый нижний клык. Все зубы прорезывались на двадцатом году и не менялись. У его дочери, когда ей было два года, прорезалось только два зуба. У известной “волосатой женщины” Юлии Пастранны не доставало клыков и верхних резцов.

На основе данных наблюдений, П.А. Минаков приходит к возможности использования стоматологического статуса для идентификации личности [5].

Продолжением исследований П.А. Минакова явилась работа Г.И. Вильги “О зубах в судебно-медицинском отношении”, изданной в 1903 году и явившейся первой работой по судебной стоматологии в России [1, 4, 5].

Несмотря на тот факт, что Г.И. Вильга не разделял полностью взглядов европейской школы криминальной антропологии, ряд положений его работы касается вопросов дегенерации при развитии зубов [4, 5].

Заключение

Следует отметить, что, несмотря на некоторую научную необоснованность данных европейской школы криминальной антропологии, именно она способствовала развитию судебной стоматологии не только в России, но и в Европе. Полученные новые объективные сведения о состоянии и развитии зубов дают возможность широко использовать полученные сведения для решения вопросов, связанных с идентификацией личности.

Литература

1. Вильга Г.И. О зубах в судебно-медицинском отношении : дис. ... докт. мед. наук. – М., 1903. – 287 с.
2. Пашиян Г.А., Баринов Е.Х., Алексанова М.Н. Из истории развития судебно-медицинской стоматологии // Судебно-медицинская служба на рубеже веков. – Киров, 2001. – С. 54–60.
3. Пашиян Г.А., Харин Г.М., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Тучик Е.С. Краткий исторический очерк развития судебной стоматологии // Судебно-стоматологическая экс-

пертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования. – М., 2001. – С. 3–9.

4. Пашков К.А., Ромодановский П.О., Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Белолалоткова А.В., Борисенко К.А. Судебная стоматология (страницы истории). – М. : МГМСУ, 2009. – 200 с.
5. Пиголкин Ю.И., Баринов Е.Х., Гридасов Е.В. Профессора судебной медицины Московского Императорского университета, I ММИ, I МОЛМИ, Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. – Тула, 2008. – 96.

Поступила 15.12.2013

Сведения об авторах

Баринов Евгений Христофорович, к.м.н., доцент, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Адрес: 111396, г. Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, ГКБ № 70, корп. 6, кафедра судебной медицины и медицинского права.

E-mail: ev.barinov@mail.ru.

Ромодановский Павел Олегович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Адрес: Россия, 111396, г. Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, ГКБ № 70, корп. 6, кафедра судебной медицины и медицинского права.

E-mail: ksudmimp@mail.ru.

ЮБИЛЕИ

ВИТАЛИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ТОМИЛИН (К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

VITALIY TOMILIN (TO 85TH ANNIVERSARY)

В 2013 году исполнилось 85 лет со дня рождения одного из видных судебных медиков нашей страны – заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора, генерал-майора медицинской службы Виталия Васильевича Томила.

Виталий Васильевич родился 20 октября 1928 г. в г. Валдай Новгородской области. После окончания в 1950 г. Военно-морской медицинской академии В.В. Томилин был направлен врачом на Тихоокеанский флот. С 1951 г. проходил службу в 25 судебно-медицинской лаборатории 7-го Военно-Морского флота в должности судебно-медицинского эксперта, а с 1953 по 1993 г.г. в Центральной судебно-медицинской лаборатории Министерства обороны (ЦСМЛ) РФ (ныне ФГКУ «111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз» Минобороны России). С 1969 г. Виталий Васильевич заместитель начальника ЦСМЛ, а с 1970 по 1993 г.г. начальник ЦСМЛ МО РФ и главный судебно-медицинский эксперт Министерства обороны СССР.

В течение 17 лет Виталий Васильевич прослужил под руководством известного деятеля судебной медицины, член-корреспондента АМН СССР, профессора Михаила Ивановича Авдеева, который сыграл весомую роль в становлении его как крупного ученого, педагога, организатора. Виталий Васильевич успешно продолжал традиции, заложенные М.И. Авдеевым направленные на развитие и укрепление военной судебной экспертизы. Благодаря В.В. Томилину с 1981 г. подготовка военных судебных медиков стала осуществляться в клинической ординатуре. После увольнения из рядов Вооруженных сил в 1993 г. Виталий Васильевич продолжил трудиться в ЦСМЛ МО РФ в должности профессора-консультанта. С 1978 по 1992 г.г. В.В. Томилин по совместительству заведовал кафедрой судебной медицины Московского медико-стоматологического института им. Н.А. Семашко (ныне Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова).

В 1995 г. В.В. Томилин был назначен директором Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ, который был создан путем слияния двух судебно-медицинских экспертных учреждений – Научно-



В.В. Томилин

исследовательского института судебной медицины МЗ СССР и Бюро главной судебно-медицинской экспертизы МЗ РСФСР. Виталий Васильевич проработал в этой должности до ухода в 2003 г. на заслуженный отдых.

Научные интересы Виталия Васильевича были разнообразными. Они охватывали широкий круг вопросов танаологии, токсикологии и травматологии, идентификации личности, изучения вещественных доказательств, криминалистики, а также организации судебно-медицинской службы. В 1963 г. В.В. Томилин защитил кандидатскую диссертацию на тему «Возрастные изменения навыков письма и их экспертное значение», а в 1969 г. докторскую – «Основы судебно-медицинской экспертизы письма».

В.В. Томилин является автором более 170 научных работ, 15 руководств по судебно-медицинской токсикологии, идентификации личности, судебно-медицинскому исследованию крови, ряда монографий, а также ряда

учебников и справочников для судебных медиков и юристов.

В.В. Томилин с 1979 г. являлся главным редактором журнала "Судебно-медицинская экспертиза". Виталием Васильевичем создана научная школа - под его руководством и консультировании успешно защищены 15 кандидатских и 10 докторских диссертаций.

Блестящий лектор, прекрасный педагог Виталий Васи-

льевич Томилин снискал себе заслуженное уважение среди судебных медиков нашей страны. За активную и плодотворную деятельность В.В. Томилин награжден орденами Трудового Красного Знамени, "Знаком Почета", многими медалями и почетными грамотами. Имя Виталия Васильевича Томилина вписано в историю судебно-медицинской службы страны.

*Редколлегия журнала
"Вестник судебной медицины"*

75-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ ПРОФЕССОРА ВЛАДИМИРА ЭДУАРДОВИЧА ЯНКОВСКОГО 75TH ANNIVERSARY OF PROFESSOR VLADIMIR JANKOWSKI

В этом году исполнилось 75 лет Владимиру Эдуардовичу Янковскому. Владимир Эдуардович (родился 24 октября 1938 г. в г. Кандалакша Мурманской области), относится к плеяде первых выпускников Алтайского государственного медицинского института (второй выпуск). После окончания лечебного факультета Алтайского государственного медицинского института (1962 г.) был направлен в целевую аспирантуру при кафедре судебной медицины 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова (1965 г.). После окончания аспирантуры работал ассистентом, доцентом, профессором кафедры судебной медицины АГМУ. С 1979 г. в течение 30 лет заведовал этой кафедрой. Вся его последующая трудовая жизнь связана с АГМУ. Имеет правительственные награды, является заслуженным врачом РФ.

За это время им проводилась большая научная работа. В 1965 г. защитил кандидатскую, в 1974 г. – докторскую диссертации. Основное научное направление по проблеме судебно-медицинской травматологии – изучение механизмов формирования переломов при разных условиях внешнего воздействия, а также вопросы групповой идентификации личности при экспертизе костей и костных останков. Автор пяти изобретений, более 330 научных работ, из них 16 методических рекомендаций для студентов и врачей, 10 монографий, является соавтором-составителем обоих изданий "Диагностикума механизмов и морфологии переломов при тупой травме скелета". Под его руководством защищено 16 кандидатских диссертаций, консультант двух докторских. За эти заслуги он был удостоен звания лауреата премии Межрегиональной ассоциации "Судебные медики Сибири" (2000 г.).

В.Э. Янковский – великолепный педагог, более 50 лет он передает свой опыт молодому поколению студентов (читает лекции, ведет семинарские занятия, курирует студенческий кружок и т.д.) и практическим судебно-медицинским экспертам Алтайского края (штатный консультант Алтайского краевого бюро судебно-медицинской



В.Э. Янковский

экспертизы). Профессор В.Э. Янковский по сей день занимает активную жизненную позицию, является действующим и активным членом ученого совета педиатрического факультета, членом методического совета по судебной медицине, научно-производственного совета по судебной медицине и патологической анатомии.

С огромной радостью и удовольствием поздравляем Владимира Эдуардовича Янковского с его 75-летним юбилеем, желаем ему еще долгого и плодотворного будущего, здоровья и счастья!

*Коллектив кафедры судебной медицины Алтайского
государственного медицинского университета*

*Редколлегия журнала
"Вестник судебной медицины"*

ИНФОРМАЦИЯ

VII ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ “ЗАДАЧИ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ” (МОСКВА, 21–24 ОКТЯБРЯ 2013)

21–24 октября 2013 года в г. Москве состоялся VII Всероссийский съезд судебных медиков “Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях” с научно-практической конференцией с международным участием “Перспективы развития судебной медицины и экспертной практики”.

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА СЪЕЗДА

1. Актуальные вопросы организации проведения судебно-медицинской экспертизы (судебной экспертизы) в Российской Федерации в современных условиях. Роль государственных судебно-медицинских экспертных учреждений в развитии здравоохранения на современном этапе. Совершенствование нормативной правовой базы, регулирующей проведение судебных экспертиз. Вопросы финансирования судебно-экспертной деятельности.
 2. Современные подходы к подготовке и повышению квалификации врачей судебно-медицинских экспертов и судебных экспертов: “от образования на всю жизнь к образованию через всю жизнь”.
 3. Состояние, перспективы и пути совершенствования подготовки научно-педагогических кадров в рамках осуществляемой в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях практической деятельности.
 4. Модернизация процессов решения современных аспектов судебно-медицинской танатологии и травматологии. Пути совершенствования лабораторных и инструментальных методик прижизненной и посмертной диагностики травм и заболеваний.
 5. Совершенствование технологий проведения медико-криминалистической экспертизы.
 6. Актуальные вопросы высокотехнологичных лабораторных методов идентификации личности.
 7. Судебно-медицинская токсикология, токсикологическая и судебная химия на современном этапе.
 8. Проблемные и перспективные вопросы судебно-медицинской экспертизы живых лиц.
 9. Оптимизация алгоритмов проведения комиссионных (комплексных) судебно-медицинских экспертиз по материалам дела.
 10. Совершенствование судебно-медицинского обеспечения оперативно-следственных действий и работы специалистов, привлеченных для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций с многочисленными человеческими жертвами.
 11. Актуальные вопросы предотвращения профессиональной заболеваемости персонала государственных судебно-медицинских экспертных учреждений.
 12. Об итогах работы Всероссийского научного общества судебных медиков. О создании Всероссийской ассоциации судебно-медицинских экспертов.
- На пленарном заседании были заслушаны следующие доклады:
1. Судебно-медицинская служба России начала XXI столетия: состояние, проблемы, пути их решения, нормативно-правовое регулирование деятельности. – д.м.н. А.В. Ковалев, главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, директор ФГБУ “РЦСМЭ” Минздрава России, Москва.
 2. Об основном приоритете судебно-медицинской экспертизы. – д.м.н., проф. В.Л. Попов, ГКУЗ Ленинградской области “БСМЭ”, Санкт-Петербург.
 3. Совершенствование преподавания дисциплины “судебная медицина” в медицинских вузах России. – д.м.н., проф., член-корр. РАМН Ю.И. Пиголкин, заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”, Москва.
 4. Современное состояние последипломной подготовки экспертов. – д.м.н., проф. Б.А. Саркисян, заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО “АГМУ”, Барнаул.
 5. Состояние и перспективы развития судебно-медицинской службы Москвы. – д.м.н., проф. Е.М. Кильдюшов, начальник ГБУЗ

“БСМЭ Департамента здравоохранения города Москвы”, Москва.

6. Состояние и проблемы территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы Сибирского федерального округа.
– д.м.н., проф. В.П. Новоселов, начальник ГБУЗ Новосибирской области “БСМЭ”, Новосибирск.
7. Организация судебно-медицинской экспертизы во Франции.
– д.м.н., д.ю.н., проф. Софи Грамб, руководитель Центра правовой и судебной медицины Института Бордо, Франция.
8. О необходимости нормативно-правового регулирования государственной защиты экспертов государственных судебно-экспертных учреждений Российской Федерации.
– д.м.н. П.В. Пинчук, главный судебно-медицинский эксперт Минобороны России, начальник ФГКУ “111 ГГЦСМиКЭ” Минобороны России, Москва.
9. Судебно-экспертное исследование ДНК: “Дело техники?”.
– д.б.н., проф., лауреат Государственной премии Российской Федерации П.Л. Иванов, заместитель директора по высокотехнологичным исследованиям ФГБУ “РЦСМЭ” Минздрава России, Москва.

На втором пленарном заседании, проходившем в последний день съезда, были заслушаны доклады:

1. Подведение итогов работы пленарного заседания и секционных заседаний VII Всероссийского съезда судебных медиков “Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях” с научно-практической конференцией с международным участием “Перспективы развития судебной медицины и экспертной практики”.
– председатели заседаний: д.м.н. А.В. Ковалев, член-корр. РАМН Ю.И. Пиголкин, д.м.н. В.А. Фетисов, д.м.н., доц. И.Ю. Макаров, проф. В.Н. Звягин, проф., П.Л. Иванов (по 30 мин).
2. Подведение итогов работы VII Всероссийского съезда судебных медиков.
– д.м.н. А.В. Ковалев, главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, директор ФГБУ “РЦСМЭ” Минздрава России, Москва.
3. О целесообразности создания Всероссийской ассоциации судебно-медицинских экспертов.
– д.м.н. А.В. Ковалев, главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, директор ФГБУ “РЦСМЭ” Минздрава России, Москва

РЕШЕНИЕ

VII Всероссийского съезда судебных медиков

“Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях”

1. Отметить относительно высокую укомплектован-

ность штатных должностей государственных судебно-медицинских экспертных учреждений (ГСМЭУ) врачами судебно-медицинскими экспертами (93%) на фоне очень высокого коэффициента совместительства – 2,3 ставки на 1 врача (в целом укомплектованность врачами всех специальностей по Российской Федерации составляет 92%, коэффициент совместительства врачей – 1,5).

Отметить низкую укомплектованность физическими лицами штатных должностей ГСМЭУ. В 2012 г. она составила для врачей 31,8%, для среднего медицинского персонала – 40,9%, для младшего персонала – 45,9%, для прочего персонала – 61,4%. Особенно низка укомплектованность штатных должностей врачевскими (экспертными) кадрами. Несмотря на незначительное увеличение этого показателя (29,5% в 2007 г., 31,8% в 2012 г.) продолжают оставаться особо значимыми социально-экономические задачи повышения престижности профессии врача судебно-медицинского эксперта.

Отметить, что средняя заработная плата по ГСМЭУ в 2012 г. составила 10 433 руб., что существенно ниже в сравнении с медицинскими организациями других типов.

Отметить, что уровень обеспеченности ГСМЭУ необходимыми расходными материалами продолжает оставаться низким и не превышает 40%.

В 2012 г. в ГСМЭУ было выполнено более 3,3 млн. экспертиз и исследований (живых лиц, трупов, судебно-гистологических, особо сложных комиссионных и комплексных, судебно-биологических, судебно-цитологических, молекулярно-генетических, судебно-химических, судебно-биохимических, спектральных и медико-криминалистических).

В тоже время, в соответствии с проведенными в 2012 г. Росздравнадзором контрольными проверками ГСМЭУ было установлено, что неудовлетворительная оснащенность оборудованием имеется в 62 региональных бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ); средняя оснащенность, позволяющая проводить все виды судебно-медицинских экспертиз – в 18 БСМЭ, удовлетворительная – в 6 БСМЭ.

Все это требует незамедлительного существенного увеличения финансирования деятельности ГСМЭУ как из средств федерального, так и региональных бюджетов.

В этой связи делегатами Съезда отмечено отсутствие в 2013 г. бюджетного финансирования повышения эффективности деятельности ГСМЭУ, предусмотренного утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р государственной программой “Развитие здравоохранения”.

В связи с отсутствием финансирования в рамках данной Программы в 2013 г. просить Министра здравоохранения Российской Федерации для реализации контрольных показателей выполнения Мероприятия 9.4. “Развитие государственной судебно-медицинской экспертной деятельности” Подпрограммы 9 данной Программы предусмотреть соответствующую

щее бюджетное финансирование ГСМЭУ на период 2014-2015 гг.

С целью исполнения подпункта "а" пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 03.02.2012 г. № Пр-267, соответствующего поручения Председателя Правительства Российской Федерации от 22.02.2012 г. № ВП-П4-1006 по вопросу подготовки и внесения в установленном порядке проекта федерального закона о внесении в законодательство Российской Федерации изменений, предусматривающих передачу ГСМЭУ из ведения Минздрава России, пункта 2 протокола совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю.Голодец от 21.05.2013 г., которым с учетом состоявшегося обсуждения было поручено проработать вопрос о повышении эффективности деятельности судебно-медицинских экспертных учреждений в разрезе субъектов Российской Федерации и обобщить международный опыт организации проведения таких экспертиз, просить Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществить комплекс мероприятий по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения деятельности ГСМЭУ по следующим основным направлениям, в том числе с привлечением финансирования из бюджетов субъектов Российской Федерации.

Обеспечить реализацию всеми ГСМЭУ мероприятий, предусмотренных Федеральным законом от 19.11.2008 г. № 242-ФЗ "О государственной геномной регистрации в Российской Федерации". В целях решения этой задачи просить Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с субъектами Российской Федерации, не имеющими лабораторий молекулярно-генетического профиля, провести анализ потребности в этом виде деятельности. На уровне субъектов Российской Федерации провести развертывание указанных лабораторий, обеспечить их необходимым оборудованием, провести соответствующие организационно-штатные мероприятия, организовать профессиональную подготовку (переподготовку) сотрудников и запланировать последующее обеспечение необходимыми расходными материалами.

Внедрить обязательную первичную лабораторную диагностику трупной крови на ВИЧ, вирусный гепатит В, вирусный гепатит С и туберкулез. Это, во-первых, позволит предотвратить профессиональную заболеваемость судебно-медицинских экспертов, а во-вторых, более эффективно проводить противоэпидемические мероприятия, направленные на выявление лиц, являвшихся при жизни носителями указанных инфекций, а также лиц, контактировавших с ними. Субъектам Российской Федерации рекомендовать осуществлять пилотные проекты по внедрению экспресс-тестирования до момента проведения судебно-медицинского исследования трупа.

Для повышения результативности деятельности ГСМЭУ в субъектах Российской Федерации осуще-

ствить закупку и внедрение в практику специальной техники, позволяющей эффективно решать судебно-медицинские задачи по сопровождению деятельности органов следствия на месте происшествия и при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

С целью реализации положений статьи 62 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" просить Министра здравоохранения Российской Федерации об утверждении новых нормативных правовых актов, регулирующих деятельность ГСМЭУ, проекты которых прошли этапы общественного обсуждения на Едином государственном портале раскрытия информации о подготовке федеральными органами исполнительной власти проектов нормативных правовых актов и результатах их общественного обсуждения, антикоррупционной экспертизы в Минюсте России, внесения изменений в соответствии с поступившими замечаниями и предложениями: "Порядка проведения судебно-медицинских экспертиз" и "Порядка определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека".

2. С целью реализации положений статьи 76 ("Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками") Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также с целью повышения эффективности деятельности ГСМЭУ, профильных кафедр государственных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования Российской Федерации, осуществляющих подготовку и повышение квалификации специалистов, повышения контроля за их деятельностью считать целесообразным создание Всероссийской ассоциации судебно-медицинских экспертов.

Организацию создания Ассоциации и подготовку пакета учредительных документов для ее регистрации в Министерстве юстиции Российской Федерации возложить на главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России доктора медицинских наук А.В.Ковалева.

Главному внештатному специалисту по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России доктору медицинских наук А.В.Ковалеву информировать на очередном заседании членов профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздрава России по специальности "Судебно-медицинская экспертиза" о ходе проведенной работы по созданию Ассоциации.

Решение вопроса о целесообразности сохранения региональных отделений научного общества судебных медиков оставить в компетенции данных региональных отделений.

3. Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с ФСКН России организовать регулярное и своевременное пополнение судебно-химических подразделений ГСМЭУ библиотеками масс-спектров современных наркотических

- средств и психотропных веществ и их метаболитов.
4. Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации внести в номенклатуру специальностей медицинских и фармацевтических работников специальность “судебно-химическая экспертиза”, предполагающую в качестве основной специальности специальность “фармация”. Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации разработать и утвердить программы переподготовки и повышения квалификации специалистов с высшим фармацевтическим образованием по специальности “судебно-химическая экспертиза”, определить перечень государственных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования, которые будут осуществлять данный вид образовательной деятельности.
Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации разработать проект приказа Министерства о порядке аттестации специалистов с высшим фармацевтическим (химическим) образованием по специальности “судебно-химическая экспертиза”.
 5. Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации определить и утвердить перечень государственных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования, научных учреждений, осуществляющих профессиональную подготовку и повышение квалификации специалистов, проводящих молекулярно-генетические судебные экспертизы (исследования).
 6. Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации внести в действующие нормативные правовые акты изменения, уравнивающие в профессиональных и социальных правах врачей – судебно-медицинских экспертов и экспертов-химиков, экспертов-генетиков, экспертов-биологов, работающих в соответствующих подразделениях ГСМЭУ, и осуществляющих контакт с потенциально опасным биологическим материалом.
 7. Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации подготовить и внести изменения в действующие нормативные правовые акты с целью придания всем кафедрам судебной медицины госу-

дарственных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования статуса “клинических”, преобразовать существующие в ряде государственных образовательных учреждений высшего профессионального образования курсы судебной медицины в кафедры судебной медицины.

8. Просить ректоров государственных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования и директора РЦСМЭ внедрить дистанционные (телекоммуникационные) методы обучения по специальности “судебно-медицинская экспертиза”, а также специалистов, осуществляющих проведение молекулярно-генетических, судебно-гистологических и медико-криминалистических судебных экспертиз (исследований).
9. Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации о внесении изменений в действующие нормативные правовые акты в части увеличения зачетных единиц трудоемкости (кредитов) до четырех и возвращения контроля итогового уровня знаний студентов в формате “экзамен”.
Просить Министерство здравоохранения Российской Федерации внести изменения в учебный план подготовки студентов с равным количеством часов подготовки по дисциплине “судебная медицина” для всех специальностей.
В виду удаленности от существующих центров подготовки специалистов для судебно-биологических и судебно-химических подразделений ГСМЭУ Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, просить Министерство здравоохранения Российской Федерации произвести соответствующие изменения штатной структуры подведомственных Министерству государственных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования для возможности организации соответствующих циклов обучения.
10. Проводить очередные Всероссийские съезды судебно-медицинских экспертов не реже, чем один раз в пять лет.

Источник: <http://rc-sme.ru/News/>

8-Я НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ МОСКОВСКОГО ОБЩЕСТВА СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ “СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА И ПРАКТИКА”

А.В. Ковалев¹, И.Ю. Макаров¹, Е.Х. Баринов²

¹ФГБУ “Российский центр судебно-медицинской экспертизы” Минздрава России, Москва

²ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России

E-mail: mail@rc-sme.ru, EV.BARINOV@mail.ru

8TH SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS AND EXPERTS OF THE MOSCOW SOCIETY OF FORENSIC DOCTORS “THE MEDICOLEGAL SCIENCE AND PRACTICE”

A.V. Kovalev¹, I.Y. Makarov¹, E.K. Barinov²

¹Federal state budgetary facility “Russian Centre of Forensic Medical Expertise”, Moscow

²Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A.I. Evdokimov

В статье приводится информация о проведенной научно-практической конференции, дано краткое содержание представленных докладов.

Ключевые слова: конференция, доклад, судебная медицина.

This article contains information on the Scientific Conference and brief content of the reports.

Key words: conference report, forensic medicine.

Проведение ежегодных научно-практических конференций молодых специалистов стало доброй традицией для судебных медиков Москвы. Данный факт показывает постоянно растущий интерес молодых специалистов к научной деятельности.

2 октября 2013 г. в ФГБУ “Российский центр судебно-медицинской экспертизы” Минздрава России состоялась 8-я научно-практическая конференция молодых ученых и специалистов с международным участием “Судебно-медицинская наука и практика”.

В работе Конференции приняли участие начинающие судебно-медицинские эксперты, врачи-интерны, ординаторы и аспиранты, а также экспертный и профессорско-преподавательский состав государственных судебно-медицинских экспертных учреждений и государственных бюджетных общеобразовательных учреждений высшего профессионального образования Минздрава России: ФГБУ “РЦСМЭ” Минздрава России, ГБУЗ БСМЭ ДЗ Москвы, БСМЭ МЗ Московской области, 111 ГГЦ СМиКЭ Минобороны России, БСМЭ МЗ Республики Татарстан, БСМЭ Свердловской области, БСМЭ Кемеровской области, БСМЭ МЗ Тульской области, БСМЭ Хабаровского края, кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедры судебной медицины и правоведения ГБОУ ВПО Ивановской ГМА, кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО Казанского ГМУ, кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО Астраханской ГМА, кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО РУДН, кафедры судебной медицины Ереванского ГМУ им. М. Гераци (Республика Армения).

Открыл конференцию Главный внештатный специалист

по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, директор ФГБУ “РЦСМЭ” Минздрава России, д.м.н. А.В. Ковалев. Приветствуя участников и гостей конференции, он особо подчеркнул необходимость проведения такого рода научно-практических мероприятий, их значимость для формирования интереса у молодых судебных медиков к научным исследованиям.

С приветственным словом к участникам конференции также выступил член правления МОСМ, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ГБОУ МГМСУ им. А.И. Евдокимова, к.м.н., доц. Е.Х. Баринов, познакомивший присутствующих с вехами истории проведения подобных научных мероприятий для молодых ученых в г. Москве. В своем выступлении он отметил тенденцию к систематизации и активизации проведения данных конференций, а также высокий научный уровень представляемых докладов и выступлений.

Большой интерес у участников конференции вызвал доклад Р.И. Кононова (БСМЭ МЗ Московской области) “Судебно-медицинская оценка переломов голеностопного сустава”.

Новый взгляд на взаимоотношение судебно-медицинских экспертов и врачей клинического профиля, оформление медицинской документации вызвал доклад С.А. Жулина и С.А. Кучука (БСМЭ МЗ Московской области) “Составление клинико-анатомического эпикриза как часть работы врача – судебно-медицинского эксперта”.

С содержательным докладом, показывающим современные возможности лучевой диагностики “Необходимость использования знаний в области рентгеновской компьютерной томографии в практической деятельности судебно-медицинского эксперта: реалии и перспек-

тивы”, выступила С.Ш. Хабибуллина (БСМЭ МЗ Республики Татарстан).

Современные возможности медико-криминалистической экспертизы повреждений острыми предметами прозвучали в докладе Ж.Г.Корнюшиной (МГМСУ им. А.И. Евдокимова, БСМЭ ДЗ Москвы) “Диагностика колото-резаных повреждений ребер”.

Вопросам оптимизации действий врача – судебно-медицинского эксперта при осмотре трупа на месте его обнаружения в условиях мегаполиса был посвящен доклад Д.И. Бутовского (БСМЭ ДЗМ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова) “Особенности применения унифицированной регистрационной карты трупных явлений при осмотре трупа на месте его обнаружения”.

Вызвал значительный интерес доклад О.И. Косухиной (МГМСУ им. А.И. Евдокимова) “Особенности дефектов оказания медицинской помощи больным с кардиологической патологией”, в котором была поднята проблема ненадлежащих исходов медицинской помощи в терапевтической практике.

Неподдельный интерес вызвал доклад К.И. Куценко (РЦСМЭ) “Судебно-медицинская характеристика ранений, причиняемых “холостыми” выстрелами из пистолетов”.

Проблема ситуалогических экспертиз огнестрельной травмы была поднята в содержательном докладе И.А. Евтеевой (РЦСМЭ) “Особенности методики выполнения ситуалогических экспертиз огнестрельной травмы”.

Вопросы судебно-медицинской экспертизы взрывной травмы были рассмотрены в докладе Н.А. Фрадковой (РЦСМЭ) “Экспертная оценка последствий применения взрывных устройств при террористических актах с многочисленными человеческими жертвами”.

Правовые вопросы судебно-медицинской экспертизы были подняты А.А. Мартемьяновой (РЦСМЭ) – “Проблема правоприменения статьи 124 УК РФ с позиции судебно-медицинской экспертизы”.

В обсуждении докладов конференции приняли участие: д.м.н., доц. И.Ю. Макаров (РЦСМЭ), д.м.н. В.А. Фетисов (РЦСМЭ), к.м.н., проф. Е.Х. Баринов (МГМСУ им. А.И. Евдокимова), к.м.н. А.Л.Кочаян (РЦСМЭ), к.м.н. Н.А. Романько (БСМЭ МЗ Московской области).

С заключительным словом, подводя итоги конференции, выступил к.м.н., проф. Е.Х. Баринов. Он подчеркнул высокий научно-методический уровень представленных докладов и необходимость продолжать проведение подобных конференций и научно-исследовательской работы всеми молодыми специалистами.

Сведения об авторах

Ковалев Андрей Валентинович, д.м.н., директор РЦСМЭ.

Адрес: 125284, г. Москва, ул. Поликарпова, 12/13.

E-mail: mail@rc-sme.ru.

Макаров Игорь Юрьевич, д.м.н., доцент, заместитель директора РЦСМЭ по научной работе.

Адрес: 125284, г. Москва, ул. Поликарпова, 12/13.

E-mail: makarov@rc-sme.ru.

Баринов Евгений Христофорович, к.м.н., доцент, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ, профессор РАЕ.

Адрес: 111396, г. Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, ГКБ № 70, корп. 6, кафедра судебной медицины и медицинского права.

E-mail: EV.BARINOV@mail.ru.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ ЖУРНАЛА "ВЕСТНИК СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ" ЗА 2013 г.

Оригинальные исследования

Авдеев А.И., Бородин С.В. Поражение из современного пневматического оружия, 1; 9.

Акопов В.И. Особенности изменений структуры смертности на современном этапе по данным судебно-медицинской службы, 2; 9.

Байбулатов Т.Д. Влияние неблагоприятных метеорологических условий на уровень смертности, 2; 15.

Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. Концепция структурирования и взаимосвязи договорных и внедоговорных отношений при оказании медицинских услуг, 2; 13.

Бачинский В.Т., Михайличенко Б.В., Савка И.Г. Пространственная реконструкция плоскости излома трубчатой кости с использованием современных компьютерных технологий, 2; 6.

Бондарев О.И., Таксанов П.А., Сурков А.М., Каширин Б.Г., Рыкова О.В. Судебно-медицинская экспертиза поражений сердечной мышцы у шахтеров Кузбасса по результатам аутопсий, 1; 17.

Бондарев О.И., Разумов В.В., Бугаева М.С., Сурков А.М. Основы альтерации при фибропластическом повреждении дыхательной системы, 4; 11.

Букин В.Н., Теркулов Р.И., Шамсутдинов Я.В. Анализ латентности наркологической патологии и смертности в г. Новосибирске, 1; 23.

Горохова Л.Г., Бондарев О.И., Бугаева М.С. Патоморфологические аспекты хронического отравления флуоксетином, 2; 35.

Дядичкина Н.В., Галина Л.В., Кузакова О.В. Об эффективности использования количественной реакции абсорбции-элюции, 2; 28.

Зимина Л.А., Зайцев А.Л., Исаев Ю.С. Влияние употребления алкоголя на смертность в г. Иркутске, 1; 12.

Ильина А.В., Быстрова Е.И. К вопросу о значении катанеза в диагностике скоропостижной смерти от ишемической болезни сердца, 1; 20.

Кокорина Н.О., Новоселов В.П., Ханина М.А. Определение некоторых бета-адреноблокаторов в биологических жидкостях методом ВЭЖХ, 1; 28.

Костенко Е.Я. Теоретическое обоснование медико-информационного метода в программе дентальной идентификации личности по цифровым ортопантомограммам, 2; 6.

Кузовков А.В., Вавилов А.Ю. Диагностика давности смерти неинвазивным термометрическим методом, 1; 15.

Надеев А.П., Жукова В.А., Агеева Т.А., Козяев М.А. Ятрогенная патология в структуре материнской смертности в г. Новосибирске в период 1994–2013 гг., 4; 14.

Немихин В.В., Баженова Л.А., Слащинин Г.А. Определение но-шпы методом высокоскоростной жидкостной хроматографии с УФ-детектором, 2; 31.

Новоселов В.П. О некоторых проблемах территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы Сибирского федерального округа, 4; 5.

Новоселов В.П., Савченко С.В., Кошляк Д.А., Порвин А.Н. Экспертная оценка повреждений, образовавшихся в результате действия гидродинамического фактора при тупой травме тела, 4; 20.

Новоселов В.П., Савченко С.В., Саковчук О.А., Грицигер В.А., Надеев А.П. Оценка морфологии реактивных изменений при повреждении мягких тканей и почек в условиях кровопотери, 4; 24.

Окунева Г.Н., Волков А.М., Кливер Е.Э., Казанская Г.М., Савченко С.В., Скребов Р.В. Особенности распределения химических элементов в миокарде при остро развившейся гипоксии, 2; 20.

Оспанова К.Е., Галицкий Ф.А., Жакупова Т.З. Судебно-медицинская оценка "кардиалгического синдрома Х" у лиц молодого возраста, 2; 16.

Прокошева В.А., Петриков А.С., Саркисян Б.А., Климачев В.В. Экспертная оценка тромбозомболических осложнений, 2; 26.

Ростовцев А.В., Заикина И.В., Олейникова Е.А. Программа автоматизации производства молекулярно-генетических экспертиз – "ЛОКУС", 2; 21.

Шадымов А.Б., Колесников А.О., Белькова Л.Ю. Особенности проведения судебно-медицинских экспертиз при воздействии на потерпевших веществ раздражающего действия из аэрозольных устройств, 2; 9.

Шадымов А.Б., Колесников А.О. Организация контроля качества экспертной работы в КГБУЗ "Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы", 1; 6.

Юрасов В.В., Филиппенкова Е.И., Покотиленко В.Г., Гущар И.Р. Экспертная оценка патоморфологических изменений почек при холодовой травме, 2; 11.

В помощь практическому эксперту

Исаченкова И.П., Титаренко Б.Ф. Патоморфологические особенности поражения печени при гестозе, 2; 45.

Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Раннев А.Ю. К вопросу диагностики меланомы, 2; 48.

Сашко С.Ю., Круть М.И., Исаков В.Д., Лебедева Т.В. Возможности медико-криминалистического установления обуви на резиновой подошве в качестве орудия смертельной травмы, 2; 59.

Дискуссии

Баринев Е.Х., Балашова И.Л., Косухина О.И., Михеева Н.А., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Правовые вопросы оценки выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам, 1; 35.

Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. При оказании медицинских услуг, 3; 48.

Попов В.Л. О понятии “повреждение” в судебной медицине, 1; 32.

Туманов Э.В., Николаев Б.С. Проблемы установления причинно-следственной связи при переломе костей носа с аспирацией крови, 2; 44.

Хрусталева Ю.А. К вопросу установления причинности между повреждениями опорно-двигательной системы и летальным исходом, 2; 51.

Судебная психиатрия

Короленко В.В., Короленко Р.Ц. Проблема вменяемости в судебной психиатрии, 2; 31.

Наров М.Ю., Овчинников А.А., Ли К.В. Расстройства аддикции у комбатантов, как преддиктор деликта, 4; 35.

Простяков А.И., Овчинников А.А. Экспертные и медико-практические вопросы предопределенности выбора принудительных мер медицинского характера в отношении несовершеннолетних лиц, страдающих психическими расстройствами, 2; 39.

Шадымов А.Б., Лютикова Н.И., Чеб А.В. Проблемы при определении тяжести вреда здоровью от повреждений, повлекших возникновение психических расстройств, 1; 39.

Обзор

Новоселов В.П., Савченко С.В., Ощепкова Н.Г., Скребов Р.В. Морфологическая диагностика инфаркта миокарда, 2; 36.

Обмен опытом

Веселова Т.И., Юркевич И.А., Шамсутдинов Я.В. Опыт работы судебно-наркологической экспертной комиссии, 2; 41.

Дебой Н.Н. О признаках, указывающих на несоответствие версии об образовании повреждений, 4; 32.

Дмитриева О.А., Голубева А.В., Шерстюк Б.В., Баканович И.Б. Морфологическая диагностика лейомиоматоза, 4; 28.

Муллов А.Б., Бондарев О.И. Оптимизация судебно-медицинских сил и средств службы медицины катастроф при взрывах на шахтах с большим количеством погибших, 1; 42.

Новоселов В.П., Савченко С.В., Воронковская М.В. Патоморфологические изменения селезенки при определении давности ее двухмоментного разрыва, 2; 54.

Случаи из экспертной практики

Вдовина Н.Р., Имашева М.С., Лоттер М.Г., Разумов Е.Н., Слепцова Ж.В. Идентификация неопознанных лиц, погибших при авиакатастрофе самолета “ATR-72” 02.04.2012 г. около г. Тюмени, 1; 45.

Воробьева Л.А., Галина Л.В. Экспертные наблюдения в случае исследования волос, 2; 66.

Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Мустафаев Д.И. Диагностика механизма переломов костей, 2; 62.

Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Скребов Р.В. Экспертное

наблюдение поражения техническим электричеством, 4; 43.

Кузьмичев Д.Е., Раннев А.Ю., Вильцев И.М., Ретивых О.Ю. Экспертное наблюдение клинически не распознанного рецидивирующего инфаркта миокарда на амбулаторном этапе, 2; 52.

Новоселов В.П., Савченко С.В., Грицингер В.А., Порвин А.Н. Наблюдение скоростной смерти ребенка в результате кардиомиопатии на фоне патологического отхождения левой коронарной артерии, 1; 50.

Шадымов А.Б., Новоселов А.С., Польковский Е.Р., Литвиненко О.Б. Редкий случай смертельного осложнения при ушибе сердца, 4; 41.

Юдина Н.Г., Краснов А.В., Ким С.В. Смерть от повреждения, причиненного многоножкой, 2; 64.

История судебной медицины

Алябьев Ф.В., Крахмаль Н.В. Владимир Павлович Десятов (1920–1993) – видный научный деятель и ведущий судебно-медицинский эксперт Сибири советского времени, 1; 53.

Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. Из истории судебной стоматологии и криминальной антропологии, 4; 45.

Нагорский П.М. (мл.), Алябьев Ф.В., Поверинов С.Н., Крахмаль Н.В., Арбыкин Ю.А., Вогнерубов Р.Н. Петр Михайлович Нагорский – штрихи к портрету ученого, 2; 55.

Точка зрения

Породенко В.А., Корхмазов В.Т. Алкоголь: яд или лекарство? 1; 56.

Шестель И.Л. Оценка тяжести вреда здоровью у лиц с сопутствующей патологией, 4; 38.

Рецензии

Рецензия на книгу Саркисяна Б.А., Карпова Д.А., Решетова А.В. “Судебно-медицинская оценка ран головы, причиненных ребрами острых и тупых предметов”: пособие для врачей судебно-медицинских экспертов (Барнаул: параграф, 2013), 2; 69.

Юбилей

75-летний юбилей профессора Владимира Эдуардовича Янковского, 4; 50.

Заславский Григорий Иосифович (к 80-летию со дня рождения) 1; 60.

Зороастрову Олегу Марковичу 75 лет, 2; 71.

Попов Вячеслав Леонидович (к 75-летию со дня рождения), 2; 60.

Смольянинов Владимир Михайлович (к 115-летию со дня рождения), 2; 59.

Томилин Виталий Васильевич (к 85-летию со дня рождения), 4; 49.

Шорохов Аркадий Евгеньевич (к 80-летию со дня рождения), 2; 70.

Информация

VII Всероссийский съезд судебных медиков "Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях" (Москва, 21–24 октября 2013), 4; 51

Баринов Е.Х., Мальцев А.Е., Спиридонов В.А., Ромодановский П.О. О работе армяно-российской совместной научной конференции "Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы и медицинского права", 2; 75.

Баринов Е.Х., Сундуков Д.В. Научный семинар "Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи в стоматологии", 2; 65.

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Взгляд молодых ученых", 2; 73.

Ковалев А.В., Макаров И.Ю., Баринов Е.Х. 8-я научно-практическая конференция молодых ученых и специалистов с международным участием московского общества судебных медиков "Судебно-медицинская наука и практика", 4; 55.

Межрегиональная научно-практическая конференция "О состоянии и перспективах развития экспертиз вещественных доказательств (судебно-химические, судебно-биологические)" 30–31 мая 2013 г., г. Красноярск, 2; 74.

Межрегиональная научно-практическая конференция "Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи" (экспертно-правовые вопросы) 22–23 ноября 2012 г., г. Москва, 1; 66.

Научно-практическая конференция "Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современ-

ное состояние и перспективы развития" 27–29 марта 2013 г., г. Москва, 2; 63.

Отчет о проведении заседания профильной комиссии экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства Здравоохранения Российской Федерации по специальности "судебно-медицинская экспертиза" 17 декабря 2012 г., г. Москва, 1; 69.

Отчет о проведении заседания профильной комиссии экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства Здравоохранения Российской Федерации по специальности "судебно-медицинская экспертиза" 26 марта 2013 г., г. Москва, 2; 62.

Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950, г. Москва "Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, правил прекращения мероприятий и формы протокола установления смерти человека", 1; 63.

Постановление Правительства Российской Федерации от 21 июля 2012 г. № 750, г. Москва "Об утверждении правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях", 1; 62.

Ромодановский П.О., Баринов Е.Х., Ерофеев С.В., Семенов А.С. О работе межрегиональной научно-практической конференции с международным участием "Актуальные проблемы судебной медицины и медицинского права", 2; 66.

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

АВТОРСКИЕ ПРАВА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Настоящие Правила разработаны на основании действующего законодательства Российской Федерации.

Автор(ы), направляя статью в редакцию, поручает редакции обнародовать произведение посредством его опубликования в электронном виде и в печати. Редакция не несет ответственности за достоверность информации, приводимой Авторами.

Автор(ы), направляя статью в редакцию, соглашается с тем, что к редакции журнала переходят неисключительные имущественные права на использование статьи (переданного в редакцию журнала материала, в т.ч. такие охраняемые объекты авторского права, как фотографии, рисунки, схемы, таблицы и т.п.), в т.ч. на воспроизведение в печати и в сети Интернет; на распространение; на перевод на любые языки народов мира; экспорта и импорта экземпляров журнала со статьей Автор(ов) в целях распространения, на доведение до всеобщего сведения. Указанные выше права Автор(ы) передает редакции без ограничения срока их действия, на территории всех стран мира, в т.ч. на территории РФ.

Редакция при использовании статьи вправе снабжать ее любым иллюстрированным материалом, рекламой и разрешать это делать третьим лицам. Редакция и издательство вправе переуступить полученные от Автор(ов) права третьим лицам и запрещать третьим лицам любое использование опубликованных в журнале материалов в коммерческих целях.

Автор(ы) гарантирует наличие у него исключительных прав на использование переданного редакции материала. В случае нарушения данной гарантии и предъявления в связи с этим претензий к редакции, Автор(ы) самостоятельно и за свой счет обязуется урегулировать все претензии. Редакция не несет ответственности перед третьими лицами за нарушение данных автором гарантий.

За Автором(ами) сохраняется право использования его опубликованного материала, его фрагментов и частей в личных, в том числе научных и преподавательских целях.

Права на материал статьи считаются переданными Автором(ами) редакции с момента принятия в печать.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале, другими физическими и юридическими лицами возмож-

на только при обязательной ссылке на название журнала, его год, том, номер, страницы и/или URL данной статьи в сети Интернет.

ПРАВИЛА РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ

Статьи, поступающие в редакцию, направляются на рецензирование высококвалифицированному специалисту, имеющему ученую степень доктора наук и научную специализацию, наиболее близкую к теме статьи.

Рецензенты уведомляются о том, что направленные им рукописи являются интеллектуальной собственностью авторов и относятся к сведениям, не подлежащим разглашению. Рецензентам не разрешается делать копии для своих нужд. Нарушение конфиденциальности возможно только в случае заявления о недостоверности или фальсификации материалов.

Сроки рецензирования в каждом отдельном случае определяются редакцией с учетом создания условий для максимально оперативной публикации статей. При получении отрицательной рецензии редакция направляет автору копию рецензии с предложением доработать статью в соответствии с замечаниями рецензента или аргументированно (частично или полностью) опровергнуть их. После исправления работы рецензируются повторно, при несогласии автора с мнением рецензента статья направляется на рецензию независимому специалисту. Результаты рецензирования обсуждаются на заседаниях редакционной коллегии, где принимается окончательное решение о публикации работы. Рецензии в обязательном порядке предоставляются по запросам экспертных советов в ВАК.

Не допускаются к публикации:

- а) статьи, оформленные не по требованиям, авторы которых отказываются от технической доработки статей;
- б) статьи, авторы которых не выполняют конструктивные замечания рецензента или аргументированно не опровергают их.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЬИ

1. Для издания принимаются, как правило, ранее не опубликованные статьи и другие материалы (обзоры, рецензии и т.д.), соответствующие тематике журнала.

№	ФИО	Ученая степень Ученое звание	Должность	Место работы (учреждение, отдел, кафедра, клиника)	Почтовый служебный адрес E-mail	Служебный телефон, факс

2. Статья должна иметь визу научного руководителя на первой странице и сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа, на имя главного редактора журнала. В редакцию направляется 2 экземпляра статьи в машинописном виде и 1 экземпляр в электронном виде на CD-ROM. Электронный вариант рукописи представляется в текстовом редакторе "MS Word".
 3. Последняя страница 2-го печатного экземпляра статьи собственноручно подписывается всеми авторами. Указываются фамилия, имя, отчество, почтовый адрес и телефон, при наличии адрес электронной почты автора, с которым редакция будет вести переписку.
 4. На отдельном листе, согласно новым требованиям ВАКа, необходимо представить (для публикации в журнале) сведения о каждом авторе: 1) имя, отчество, фамилия; 2) ученая степень, ученое звание, должность; 3) место работы – учреждение и отдел (кафедра, клиника, лаборатория, группа и др.); 4) полный почтовый служебный адрес и e-mail; 5) номер служебного телефона и факса (см. таблицу).
 5. Общие требования к оформлению статей:
 - Текстовый редактор – Microsoft Word.
 - Редактор формул – пакет Microsoft Office.
 - Графики, таблицы и рисунки – черно-белые, без цветной заливки, допускается штриховка.
 - УДК (см., например, <http://lemoi-www.dvgu.ru/unir/spravka/udc/udc34.htm#340.6>).
 - Инициалы, фамилия автора(ов).
 - Полное название представляемой организации (вуза), город, страна.
 - Название статьи.
 - Текст статьи.
 6. Титульный лист в обязательном порядке включает: 1) УДК; 2) название; 3) инициалы и фамилию автора (авторов); 4) место работы автора (авторов) с указанием города, страны. Все на русском языке. Эта же информация, исключая УДК, представляется на английском языке.
 7. На отдельном листе излагается краткое резюме статьи (не более 250 слов) на русском языке. Текст резюме структурируется с указанием: цели, материалов и методов, основных результатов, заключения. В резюме обзора достаточно отразить основное его содержание. В конце резюме должны быть представлены ключевые слова – не более 6 слов или словосочетаний, определяющих основные понятия. Ниже (через 2 межстрочных интервала) приводится резюме и ключевые слова на английском языке.
 8. Общее количество страниц статьи не должно превышать 5–7 страниц.
 9. Стандартная статья должна иметь следующую структуру: «Введение», «Материал и методы», «Результаты» и «Обсуждение», «Заключение», «Литература».
 10. Таблиц должно быть не более 3–4. При построении таблиц необходимо все пункты представлять отдельными строками. Каждая таблица печатается с номером, ее названием и примечанием (если необходимо).
 11. Рисунки. Допускается использование рисунков в форматах JPEG, TIFF, Microsoft Excel. Каждый рисунок представляется также отдельным файлом. Используемое в тексте сканированное изображение должно иметь разрешение не менее 300 точек на дюйм. Каждый рисунок должен иметь подпись, содержащую номер рисунка. Рисунки должны быть пронумерованы последовательно, в соответствии с порядком, в котором они впервые упоминаются в тексте.
 12. При обработке материала используется система единиц СИ (<http://ru.wikipedia.org/wiki/СИ>). Сокращения допускаются только после того, как указано полное название. В заголовке работы и резюме необходимо указать оригинальное название препарата, в тексте можно использовать торговое название.
 13. Список литературы. Помещается в конце статьи **в алфавитном порядке**. В тексте статьи библиографические ссылки обозначаются арабскими цифрами в квадратных скобках [1, 2, 3], в соответствии с нумерацией в списке литературы. Рекомендуется в статьях цитировать не более 15 источников. Библиографическое описание литературных источников к статье дается в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008 "Библиографическая ссылка" (<http://protect.gost.ru/>).
 14. Рукописи, оформленные не по требованиям, к рассмотрению не принимаются и возвращаются авторам на доработку.
 15. Редакция оставляет за собой право на редактирование и сокращение текста, не меняющие научного смысла статьи.
 16. В случае отклонения статьи редакция высылает автору соответствующее уведомление.
- Статьи отправлять по адресу:
630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 134, редакция журнала "Вестник судебной медицины"
Тел./факс: (383) 346-00-19.
E-mail: sme@sibsme.ru
- СТАТЬИ ПУБЛИКУЮТСЯ БЕСПЛАТНО**

*Территория распространения: РФ, страны СНГ, зарубежные страны.
Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования.*

При перепечатке материалов из журнала “Вестник судебной медицины” ссылка на источник обязательна.

Редакция не имеет возможности возвращать рукописи, дискеты и CD.

Ответственность за достоверность сведений в рекламе и объявлениях несет рекламодатель.

Электронная версия (аннотированное содержание) журнала доступна по адресам:

<http://sudmedsib.ru/vestnik.php>

http://elibrary.ru/title_about.asp?id=33408

Оригинал-макет и перевод на английский язык выполнены Издательством “STT”

г. Новосибирск

Россия, 630090, г. Новосибирск, ул. Золотодолинская, 13–40

Тел./факс: (383) 333-21-54

E-mail: stt@sttonline.com

г. Томск

Россия, 634028, г. Томск, пр. Ленина 15^б-1

Тел./факс: (3822) 421-455, 421-477

E-mail: stt@sttonline.com



Формат 60x90/8. Тираж 1000 экз.

Отпечатано с электронного файла. Печать цифровая.

Бумага Select. Гарнитура Pragmatica Cond C, Pragmatica C.