

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

№ 3, Том 4, 2015 г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

В.П. Новоселов (главный редактор)
Б.А. Саркисян (зам. главного редактора)
Ю.И. Пиголкин (зам. главного редактора)
С.В. Савченко (ответственный секретарь)
А.И. Авдеев
Ф.В. Алябьев
О.М. Зороастров
В.П. Конев
А.А. Овчинников
Ю.В. Солодун
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)
С. Громб (Бордо)
И.Н. Иванов (Санкт-Петербург)
Ю.С. Исаев (Иркутск)
Е.М. Кильдюшов (Москва)
А.В. Ковалев (Москва)
Ю.А. Овсюк (Минск)
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: nokbsme@nso.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.

Электронная версия (аннотированное содержание и статьи) доступна по адресам:

http://sttonline.com/vsm_ar.html

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

При использовании материалов журнала ссылка обязательна.

СОДЕРЖАНИЕ

Contents

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL RESEARCH

ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАРАФИНОВЫХ БЛОКОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЖДЕСТВА ТКАНЕЙ

PROBLEMS OF USING PARAFFIN BLOCKS WITH MALIGNANT TUMORS TO DETERMINE THE IDENTITIES OF TISSUES

Ю.И. Пиголкин, О.В. Должанский, С.А. Коростылев, Е.М. Пальцева, Д.Н. Федоров, Э.И. Насырова..... 4

Y.I. Pigolkin, O.V. Dolzhansky, S.A. Korostelev, E.M. Paltseva, D.N. Fedorov, E.I. Nasyrova

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНЫХ ОПИЛОК, ПРОИЗВЕДЕННЫХ СТОЛЯРНЫМИ ПИЛАМИ

MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE BONE SAWDUST CAUSED BY JOINER'S SAWS

Б.А. Саркисян, П.А. Азаров..... 8

B.A. Sarkisyan, P.A. Azarov

ОЦЕНКА СУДОМ РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

JUDICIAL ASSESSMENT OF THE RESULTS OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN CIVIL CASES ON RENDERING MEDICAL SERVICES

Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский, Н.А. Михеева 11

E.H. Barinov, P.O. Romodanovsky, N.A. Mikheyeva

РЕГЕНЕРАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА

NEOGENESIS AT FRACTURES OF THE MANDIBLE AGAINST THE DYSPLASIA OF THE CONNECTING TISSUE, FORENSIC EVALUATION

В.В. Дмитриев, В.П. Конев, С.Н. Московский, А.Ф. Сулимов 14

V.V. Dmitriev, V.P. Konev, S.N. Moskovskiy, A.F. Sulimov

КОНФЛИКТЫ В ПРАКТИКЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

THE CONFLICTS IN PRACTICE OF PLASTIC SURGEONS WHEN RENDERING MEDICAL SERVICES

Н.А. Михеева, Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский 18

N.A. Mikheyeva, E.H. Barinov, P.O. Romodanovsky

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

VIEWPOINT

ОБ ОСНОВНОМ ПРИОРИТЕТЕ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

ON THE MAIN PRIORITIES IN THE FORENSIC MEDICINE

В.Л. Попов 21

V.L. Popov

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОРМ УГОЛОВНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИИ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ЗАРАЖЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

THE HISTORY OF THE RUSSIAN CRIMINAL LAW PROVISIONS ON LIABILITY FOR INFECTING WITH VENEREAL DISEASES AND HIV

И.В. Власюк, Н.С. Верхушина 23

I.V. Vasyuk, N.S. Verhushina

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЭКСПЕРТУ

HELP TO PRACTICAL EXPERT

К ВОПРОСУ ОБ ИДЕНТИФИКАЦИИ ОРУДИЯ ТРАВМЫ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАНЕНИЯХ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ

ABOUT IDENTIFICATION OF GUN INJURIES IN MULTIPLE STAB DEATH WOUNDS

Ю.В. Солодун, И.В. Алексеев 28

Y.V. Solodun, I.V. Alekseev

ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НОВОРОЖДЕННЫХ <i>А.Б. Шадымов, М.А. Шадымов, А.А. Шулбаев</i>	33	PROBLEMS OF QUALITY OF FORENSIC EXAMINATIONS OF NEWBORNS <i>A.B. Shadyrov, M.A. Shadyrov, A.A. Shulbaev</i>	
СЛУЧАИ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ		CASES FROM THE PRACTICE	
СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОГО ДЕФЕКТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>И.Е. Лобан, В.Д. Исаков, Ю.В. Назаров, А.Ю. Рылов</i>	35	CASE OF DETECTION OF HIDDEN DEFECT IN MEDICAL AID <i>I.E. Loban, V.D. Isakov, Y.V. Nazarov, A.Y. Rylov</i>	
ЮБИЛЕИ		ANNIVERSARIES	
ЕВГЕНИЙ СТЕПАНОВИЧ МИШИН (К 70-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	38	EVGENIY MISHIN (THE 70 th ANNIVERSARY)	
ВИЛ ИВАНОВИЧ АКРОПОВ (К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	39	VIL AKOPOV (THE 85 th ANNIVERSARY)	
АЛЕКСАНДР СЕРГЕЕВИЧ СЕМЕНОВ (К 60-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	40	ALEXANDER SEMENOV (THE 60 th ANNIVERSARY)	
ИНФОРМАЦИЯ		INFORMATION	
ЗАСЕДАНИЕ ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ ЭКСПЕРТНОГО СОВЕТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА"	42	PROFILE COMMISSION MEETING OF THE EXPERT COUNCIL IN THE FIELD OF HEALTH MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION WITH A DEGREE IN "FORENSIC MEDICAL EXAMINATION"	
СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	43	INFORMATION FOR AUTHORS	

■ УДК 340.6

ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАРАФИНОВЫХ БЛОКОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЖДЕСТВА ТКАНЕЙ

Ю.И. Пиголкин¹, О.В. Должанский², С.А. Коростылев³, Е.М. Пальцева², Д.Н. Федоров², Э.И. Насырова

¹Первый Московский Государственный Медицинский университет им. И.М. Сеченова

²ФГБНУ "Российский научный центр хирургии имени акад. Б.В. Петровского"

³Лаборатория молекулярной патологии "Геномед"

E-mail: pigolkin@mail.ru

PROBLEMS OF USING PARAFFIN BLOCKS WITH MALIGNANT TUMORS TO DETERMINE THE IDENTITIES OF TISSUES

Y.I. Pigolkin¹, O.V. Dolzhansky², S.A. Korostelev³, E.M. Paltseva², D.N. Fedorov², E.I. Nasyrova³

¹First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov

²Petrovsky National Research Centre of Surgery RAMS, Moscow

³Laboratory of Molecular Pathology "Genomed"

На основе анализа литературных данных в работе проводилась разработка судебно-медицинских критериев оценки пригодности парафиновых блоков со злокачественными опухолями для молекулярно-генетической идентификации тождества тканей. С целью предотвращения потенциальных ошибок предложен алгоритм предварительной оценки материала, предназначенного для определения тканевой идентичности образцов. Согласно алгоритму, для анализа недопустимо использовать парафиновые блоки со сроком хранения более 5–7 лет, парафиновые блоки, хранившиеся в неадекватных условиях, сравнивать материал из популяционных изолятов, а также при наличии родственных связей.

Ключевые слова: тканевая идентичность материала, опухоль, молекулярно-генетическое исследование.

Based on an analysis of the published data, forensic criteria were development of for assessing the suitability of paraffin blocks of malignant tumors for molecular genetic identification of tissues. In order to prevent potential errors, provisional estimation algorithm is proposed to determine the identity of tissue samples. According to this algorithm, paraffin blocks with a shelf life of 5–7 years must not be used as well as, the paraffin blocks, which were kept in inadequate conditions. Materials of the population isolates must not be compares, as well as in the case of family relations.

Key words: fabric material identity, swelling, molecular genetic testing.

Введение

Различные аспекты экспертного установления тождества продолжают оставаться актуальными [1, 2]. Иногда вопросы определения тканевой принадлежности образцов и установления родства приходится решать по архивному материалу гистологических лабораторий и патологоанатомических отделений. При этом молекулярно-генетическому анализу, как правило, подвергается ткань опухоли, фиксированная в формалине и заключенная в парафиновые блоки [6, 7].

С помощью коротких tandemных повторов или SNP-маркеров проводятся попытки определить тканевую принадлежность опухоли при перепутывании образцов, исключить возможность "подсадки материала", когда в парафиновый блок и срез попадает ткань другого пациента [13, 15]. Чужеродная ткань ("floater") может случайно занестись во время хирургического иссечения образца, в процессе вырезки, заливки в парафин, микротомии и даже при рутинном окрашивании [13]. Особенно важным моментом является ситуация, когда нормаль-

ная ткань одного пациента контаминируется злокачественной опухолью другого больного, например, при повторном использовании парафина от старых парафиновых блоков [12].

При проведении подобных анализов существует очень много проблем, одними из главных при этом являются [3, 12, 14]:

- изменение структуры ДНК в зависимости от длительности и условий хранения парафиновых блоков, а также от времени фиксации материала;
- оценка SNP-полиморфизмов в опухоли для идентификации тканей у больных с родственными связями, а также больных из популяционных изолятов.

Учитывая подобные проблемы, никогда нет полной гарантии, что выполненное исследование представляет подлинную вариацию [12]. Есть мнение, что использование ткани злокачественных опухолей для идентификации перепутанных образцов и в тестах на отцовство сомнительно, интерпретация генетического профиля раковых образцов затруднительна и может привести к неправильному толкованию, особенно если не доступны нормальные ткани [21–23].

Целью настоящей работы является разработка на основе анализа литературных данных судебно-медицинских критериев оценки пригодности парафиновых блоков со злокачественными опухолями для определения тождества тканей.

За рубежом существует точка зрения, что ткани, фиксированные в формалине и залитые в парафин, лучше не использовать для судебно-медицинской идентификации личности из-за высокой вероятности деградации опухолевой ДНК [12, 14, 20]. Благодаря влиянию формалина и реактивов, применяемых для изготовления гистологических препаратов, никогда нельзя дать полной гарантии, что результаты STR- или SNP-типирования при сравнении образцов подлинны [12, 14, 20, 25].

В России ситуация усугубляется еще и тем, что вырезка операционного материала в большинстве больниц происходит через один, а то и через несколько дней после операции. Удаленные органы до вырезки хранятся в емкостях, залитых формалином, причем объем формалина недостаточен для адекватной фиксации. Поверхностные ткани паренхиматозных и полых органов фиксируются, уплотняются, а ткань опухоли подвергается гниению и аутолизу, особенно если вырезка происходит после выходных или праздничных дней. Во многих больницах вообще нет своих гистологических лабораторий, и тогда операционный материал аккумулируется, а затем пересылается транспортными средствами в иные лечебные учреждения, нередко даже на самолетах в другие города [8, 9].

Длительная фиксация в формалине вызывает не только деградацию, но и биохимические изменения структуры ДНК, а также нарушение последовательности нуклеотидов [16]. Доказано, что формальдегид вызывает образование протеин-протеиновых и протеин-ДНК-перекрестных связей, фрагментацию дезоксирибонуклеиновой кислоты, образование апуриновых и апиримидиновых областей [20].

Известно, что сырой архивный материал становится непригодным для молекулярно-генетических исследований при адекватной фиксации в формалине более 4 лет [11].

Сравнение 15 пар аденокарцином различной локализации показало несоответствие SNP-полиморфизмов в 17,0% случаев между замороженным материалом и парафиновыми блоками одного и того же больного [25]. В другой работе сравнивали генетические локусы ткани, фиксированной в формалине, и кусочков, залитых в парафин, от одного пациента. Из 50 локусов только 7 были одинаковые, что говорит о высокой дискордантности результатов тканевой идентификации подобного материала [18].

Важно учитывать, что анализу на тканевую идентичность может подвергаться опухоль после срочного гистологического исследования, когда кусочки ткани сначала замораживаются, а затем заливаются в парафин. Возможно, подобная обработка также влияет на характер распределения однонуклеотидных полиморфизмов [20].

Причиной деградации и изменения строения хромосомной ДНК может быть хранение парафиновых блоков в помещениях с высокой влажностью, перепадами температуры, инсоляцией и т.д. [20]. Поэтому перед SNP-типированием и оценкой на тканевую идентичность важно проверить адекватность условий хранения архивного материала.

Степень повреждения опухолевой ДНК также может зависеть от типа фиксатора и вида реагентов, используемых для изготовления гистологических препаратов (этиловый спирт или изопропанол, ксилол или хлороформ и т.д.) [14, 20]. Отсутствие стандартизации говорит о недопустимости сравнения результатов тканевой идентичности для материала, который вырезался в различных медицинских учреждениях и хранился в разных архивных помещениях.

Игнорирование подобных условий становится причиной многочисленных ошибок при молекулярно-генетических исследованиях [20]. Так, например, в одном из исследований опухолевые клетки рака яичника были выделены из парафиновых блоков с помощью лазерной микродиссекции. При этом только 31,7% материала от 1999 года и 70,6% от 2011 года совпадало по строению ДНК с нормальными тканями больных [20].

В одной из работ были изучены 228 образцов злокачественных опухолей различных видов и локализации (аденокарцинома желудка, рак тела матки, яичников, легких, простаты, слепой кишки, ободочной кишки, поджелудочной железы, молочной железы, папиллярная серозная карцинома яичников, меланома, гепатоцеллюлярная карцинома). Оказалось, что при возрасте парафиновых блоков 5–12 лет изменение STR-профиля ДНК наблюдалось в 62,0–90,0% случаев, при возрасте блоков свыше 17 лет отмечалась практически полная деградация хромосомной ДНК [14]. В связи с этим существует установка, что парафиновые блоки при сроке хранения более 5 лет использовать в судебно-медицинской практике следует с очень большой осторожностью [14]. Другие авторы считают, что парафиновые блоки,

хранящиеся в архиве более 7 лет, нельзя применять для SNP-анализа [10].

Очень большой проблемой продолжает оставаться судебно-медицинская идентификация тканей при молекулярно-генетическом исследовании материала родственников. Известно, что нуклеотидная последовательность митохондриальной ДНК одинакова у всех родственников по материнской линии, а хромосомная ДНК идентична у монозиготных близнецов [5].

У родственников, особенно при близкой степени родства, вероятность случайного совпадения аллелей также высока [5]. В таких случаях иногда очень трудно определить, принадлежит исследуемый образец одному или нескольким людям, особенно когда нет возможности сравнить ДНК образца с ДНК предполагаемого родственника [4]. Информативность подобных исследований будет также очень низка, если неизвестны вид и степень родства (например, мать или тетя, сестра или племянница) [5]. Родственники-мужчины нескольких поколений или мужчины из популяционных изолятов могут иметь идентичный Y-STR-профиль [19]. При таких условиях лучше проводить только определенные тесты тканевой идентификации, например, определение отцовства, анализ смеси мужской и женской ДНК в случаях сексуального насилия [19].

Нерешенной проблемой остается тканевая идентификация образцов у людей из небольшой ограниченной популяции или народности (так называемые популяционные изоляты) [3]. Особенно много таких изолятов встречается в горной местности. Например, на территории Дагестана уже более 10000 лет проживает около 30 мелких народностей, для которых характерны внутривидовые и родственные браки. Частота близкородственных браков следующая: лакцы – 47,3%, аварцы – 42,9%, андийцы – 31,6%, тиндалы – 32,9% (для

сравнения в Калифорнии частота близкородственных браков – 0,11–2,11%) [3].

Особенно показателен пример одного высокогорного села, где проживает 700 жителей. На протяжении 5 поколений браки в нем заключались между двоюродными братьями и сестрами [3].

В результате этого создается гомогенный генофонд с агрегацией различных заболеваний, специфичных для разных изолятов, в том числе и онкологических. Так, например, в структуре онкогинекологических заболеваний рак яичников в Дагестане занимает 2-е место, в то время как в среднем по России – только 7-е место. В этом регионе за последние годы темп прироста раком яичников составил 33,9%, особенно среди сельских жителей [3].

При проведении молекулярно-генетических тестов на тканевую идентичность парафиновых блоков со злокачественными опухолями в Российской Федерации необходимо учитывать следующие особенности:

- Большое количество онкологических больных из популяционных изолятов. Люди из горных областей, где уровень медицины недостаточно высок, приезжают лечиться в крупные столичные клиники [3].
- Наличие в одной больнице большого количества онкологических больных с близкородственными связями, вследствие чего в гистологическом архиве могут оказаться парафиновые блоки близких родственников (мамы, бабушки, сестры). При секвенировании такого материала с учетом генетической нестабильности хромосомной ДНК опухоли может быть совпадение большого количества однонуклеотидных полиморфизмов или коротких tandemных повторов [24].
- Благодаря определенным клиническим и медико-социальным причинам при низкодифференцирован-

Таблица

Алгоритм предварительной оценки парафиновых блоков со злокачественными опухолями для проведения молекулярно-генетического исследования на тканевую идентичность

№	Алгоритм оценки парафиновых блоков	Материал, который не рекомендуется использовать для проведения исследования	Примечание
1	Уточнить, когда вырезался и фиксировался материал опухоли.	Вырезка и фиксация опухоли через двое суток и более.	Деградация и изменение структуры ДНК при длительной фиксации в формалине. Гниение и аутолиз опухоли при поздней вырезке.
2	Выяснить условия и срок хранения парафиновых блоков.	Парафиновые блоки со сроком хранения более 5–7 лет. Парафиновые блоки, хранившиеся при неадекватных условиях.	Изменение структуры ДНК в 62,0–90,0% случаев при сроке хранения более 5 лет. Неадекватные условия хранения изменяют структуру ДНК.
3	Определить происхождение парафиновых блоков (из одного или из разных лечебных учреждений).	Материал для сравнения из разных лечебных учреждений при отсутствии стандартизации изготовления гистологических препаратов.	В различных медицинских учреждениях могут использоваться разные реактивы и неодинаковые протоколы проводки.
4	Определить перед исследованием возможность наличия родственных связей или взятие образцов от пациентов из популяционных изолятов.	Парафиновые блоки родственников без установления степени родства. Нет возможности сравнить ДНК образца с ДНК предполагаемого родственника. Парафиновые блоки из ограниченной и изолированной популяции (народности Дагестана, Армении, Азербайджана и т.д.).	У родственников, особенно при близкой степени родства, очень высока вероятность совпадения аллелей. Высокая частота родственных браков. Идентичный Y-STR-профиль у родственников-мужчин.

ных опухолях с 3 и 4-й стадией тестам на тканевую идентичность подвергается ограниченная популяционная прослойка.

Таким образом, при проведении SNP-анализа подобного материала нарушается несколько важных условий судебно-медицинской идентификации личности [17]:

1. Большие размеры популяции (точность метода значительно уменьшается, когда изучаются индивидуумы из мелких изолированных популяций).
2. Не должно быть миграции из одной популяции в другую (миграция больных из популяционных изолятов в столичные клиники).
3. Случайность популяционной выборки (случаи не должны быть выбраны по каким-то определенным свойствам, признакам, социальным возможностям).

Заключение

С целью предотвращения потенциальных ошибок предлагается алгоритм предварительной оценки материала, предназначенного для определения тканевой идентичности образцов (таблица).

Согласно предложенному алгоритму для анализа недопустимо использовать парафиновые блоки со сроком хранения более 5–7 лет, парафиновые блоки, хранившиеся в неадекватных условиях, сравнивать материал из популяционных изолятов, а также при наличии родственных связей.

Данные вопросы остаются пока еще мало изученными и требуют дальнейших фундаментальных исследований.

Литература

1. Ромодановский П.О., Баринев Е.Х., Бишарян М.С. и др. Использование анатомических признаков зубов для идентификации личности // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 3. – С. 29–33.
2. Бишарян М.С., Ромодановский П.О., Баринев Е.Х. Использование данных рисунка слизистой оболочки языка у жителей Республики Армения с целью идентификации личности // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 2. – С. 5–7.
3. Булаева К. Наследие предков: этногенетические исследования (горские народы Дагестана) // Истина (газ. в газ.). – 2012. – № 43. – С. 14–19.
4. Иванов П.Л., Гуртовая С.В., Вербовая Л.В. и др. Геномная "Дактилоскопия" в экспертизе спорного отцовства и определения биологического родства // Суд. мед. экспертиза. – 1990. – № 2. – С. 36–38.
5. Иванов П.Л. Применение молекулярно-генетической индивидуализирующей системы на основе полиморфизма нуклеотидных последовательностей митохондриальной ДНК в судебно-медицинской экспертизе идентификации личности и установления биологического родства : методические указания (утв. Минздравом РФ 25.01.2001 n 2001/4).
6. Ковалев А.В. Идентификация личности по особенностям строения грудной клетки и позвоночника (рентгенологическое и судебно-медицинское исследование) : дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 1996.
7. Пиголкин Ю.И. Атлас по судебной медицине / под редакцией Ю.И. Пиголкина, И.А. Дубровина, Д.В. Горностаева, О.В. Должанского и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 376 с.
8. Судебная медицина : учебник / под редакцией чл.-корр. РАМН Ю.И. Пиголкина. – 3-е издание, перераб. и доп. – М. : Гэотар-медиа, 2012. – 528 с.
9. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза : национальное руководство / под ред. Ю.И. Пиголкина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 728 с.
10. Alvarez K., Kash S.F., Lyons-Weiler M.A. Reproducibility and performance of virtual karyotyping with SNP microarrays for the detection of chromosomal imbalances in formalin-fixed paraffin-embedded tissues // Diagn Mol Pathol. – 2010. – Vol. 19, No. 3. – P. 127–34.
11. Asari M., Watanabe S., Matsubara K. et al. Single nucleotide polymorphism genotyping by mini-primer allele-specific amplification with universal reporter primers for identification of degraded DNA // Anal Biochem. – 2009. – Vol. 386, No. 1. – P. 85–90.
12. Bandelt H.J., Salas A. Contamination and sample mix-up can best explain some patterns of mtDNA instabilities in buccal cells and oral squamous cell carcinoma // BMC Cancer. – 2009. – Vol. 9.
13. Bossuyt V., Buza N., Ngo N.T. et al. Cancerous 'floater': a lesson learned about tissue identity testing, endometrial cancer and microsatellite instability // Mod Pathol. – 2013. – Vol. 26, No. 9. – P. 1264–1269.
14. Budimlija Z., Lu C., Axler-DiPerte G. et al. Malignant tumors and forensics – dilemmas and proposals // Croat. Med. J. – 2009. – Vol. 50, No. 3. – P. 218–227.
15. Chen G.K., Chang X., Curtis C., Wang K. Precise inference of copy number alterations in tumor samples from SNP arrays // Bioinformatics. – 2013. – Vol. 29, No. 23. – P. 2964–2970.
16. Gallegos Ruiz M., Floor K., Rijmen F. et al. EGFR and K-ras mutation analysis in non-small cell lung cancer: comparison of paraffin embedded versus frozen specimens // Cell Oncol. – 2007. – Vol. 29, No. 3. – P. 257–264.
17. Huijsmans R., Damen J., van der Linden H., Hermans M. Single nucleotide polymorphism profiling assay to confirm the identity of human tissues // J. Mol. Diagn. – 2007. – Vol. 9, No. 2. – P. 205–13.
18. Jasmine F., Rahaman R., Roy S. et al. Interpretation of genome-wide infinium methylation data from ligated DNA in formalin-fixed, paraffin-embedded paired tumor and normal tissue // BMC Res Notes. – 2012. – Vol. 5. – P. 117.
19. Jobling M.A., Pandya A., Tyler-Smith C. The Y chromosome in forensic analysis and paternity testing // Int. J. Legal Med. – 1997. – Vol. 110, No. 3. – P. 118–124.
20. Li Q., Li M., Ma L. et al. A method to evaluate genome-wide methylation in archival formalin-fixed, paraffin-embedded ovarian epithelial cells // PLoS One. – 2014. – Vol. 9, No. 8.
21. Pai C.Y., Hsieh L.L., Tsai C.W. et al. Allelic alterations at the STR markers in the buccal tissue cells of oral cancer patients and the oral epithelial cells of healthy betel quid-chewers: an evaluation of forensic applicability // Forensic Sci Int. – 2002. – Vol. 129, No. 3. – P. 158–167.
22. Poetsch M., Petersmann A., Woenckhaus C. Evaluation of allelic alterations in short tandem repeats in different kinds of solid tumors-possible pitfalls in forensic casework // Forensic Sci Int. – 2004. – Vol. 145, No. 1. – P. 1–6.
23. Schwark T., Bachmann C., von Wurmb-Schwark N. STR typing of ductal adenocarcinomas of the pancreas and healthy control tissue in 18 individuals // Leg Med (Tokyo). – 2004. – Vol. 6, No. 3. – P. 170–173.
24. Tosca L., Brisset S., Petit F.M. Recurrent 70.8 Mb 4q22.2q32.3 duplication due to ovarian germinal mosaicism // Eur. J. Hum. Genet. – 2010. – Vol. 18, No. 8. – P. 882–888.
25. Tuefferd M., De Bondt A., Van Den Wyngaert I. et al. Genome-wide copy number alterations detection in fresh frozen and matched FFPE samples using SNP 6.0 arrays // Genes

Chromosomes Cancer. – 2008. – Vol. 47, No. 11. – P. 957–964.
Поступила 16.09.2015

Сведения об авторах

Пиголкин Юрий Иванович, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, заведующий кафедрой судебной медицины ГБОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова” Минздрава России.

Адрес: 119435, г. Москва, ул. Россолимо, д. 15/13, стр. 2.

E-mail: pigolkin@mail.ru.

Должанский Олег Владимирович, к.м.н., старший научный сотрудник патологоанатомического отделения ФГБУ “Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского” РАМН.

Адрес: 119991, г. Москва, ГСП-1, Абрикосовский пер., д. 2.

E-mail: oleg_dolzshanski@mail.ru.

Фёдоров Дмитрий Николаевич, к.м.н., руководитель патологоанатомического отделения ФГБНУ “Российский научный центр хирургии имени акад. Б.В. Петровского”.

Адрес: 119991, г. Москва, ГСП-1, Абрикосовский пер., д. 2.

■ УДК 340.6

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНЫХ ОПИЛОК, ПРОИЗВЕДЕННЫХ СТОЛЯРНЫМИ ПИЛАМИ

Б.А. Саркисян¹, П.А. Азаров²

¹ГБОУ ВПО “Алтайский государственный медицинский университет” МЗ РФ, Барнаул, Россия

²ГБУЗ “Новокузнецкое клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы”, Новокузнецк, Россия

E-mail: smart@yandex.ru

MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE BONE SAWDUST CAUSED BY JOINER'S SAWS

B.A. Sarkisyan¹, P.A. Azarov²

¹The Altay State Medical University, Barnaul

²The Novokuznetsk Clinical Bureau of Forensic Medicine

Цель работы – выявить морфологические особенности костных опилок длинных трубчатых костей, причиненных однократными (“возвратными”, “поступательными”) и неоднократными (“возвратно-поступательными”) воздействиями ручных столярных пил для продольного, поперечного и смешанного пиления с высотой зубцов 5 мм различной остроты.

Ключевые слова: ручные пилы, однократные, неоднократные воздействия, костные опилки.

The aim of the work is to reveal morphological features of bone sawdust of the long tubular bones caused by single (“backward” and “forward”) and numerous (“reciprocating”) influences of hand joiner’s saws for the longitudinal, cross and mixed sawing with the height of teeth of 5 mm of various sharpness.

Key words: hand saws, single, numerous influences, bone sawdust.

Как показывает экспертная практика, повреждения острыми объектами (колющими, режущими, рубящими, колюще-рубящими) чаще всего носят криминальный характер, а по роду смерти – это убийства и самоубийства [1, 2]. В отличие от них повреждения пилящими орудиями являются результатом несчастного случая на производстве или в быту, либо они используются для расчленения трупов с целью сокрытия имевшего место преступления.

Существующие в судебной медицине исследования по пиленным повреждениям немногочисленны и, в основном, относятся к ручным пилам. Имеющиеся диагностические критерии позволяют по морфологическим изменениям кожного покрова и мягких тканей, костной ткани (длинные трубчатые, позвоночник) идентифициро-

вать вид пилы (ручная, механическая), высоту и остроту зубцов, характер развода и в конечном итоге проводить не только обще-, но и внутригрупповую идентификацию орудия.

Следует отметить, что при тщательном сокрытии следов совершенного преступления единственным объектом исследования могут остаться не уничтоженные костные опилки.

В доступной литературе имеются данные, позволяющие по морфологии костных опилок судить о форме зубцов и разводе ручных пил [3], а также дифференцировать зубцы ручных пил разной высоты, отличить повреждения, причиненные ручными пилами, от механических [4, 5]. Однако в этих работах отсутствует объективная ин-

формация, позволяющая дифференцировать ручные пилы в зависимости от их назначения (продольные, поперечные и смешанные).

Зубцы пил для поперечного пиления в профиль углообразные, в форме равнобедренных треугольников, с шириной основания 4 мм, высотой 5 мм, с шагом зубцов 5 мм, с длиной передней и задней боковых режущих кромок 5 мм. Передний угол и угол резания “острых” зубцов составляет 30°, угол заострения – 60°, угол косой заточки – 60°. На границе боковых режущих кромок и граней зубцов этого полотна располагаются поля заточки шириной 0,7–1 мм, на соседних зубцах обращенные друг к другу. Полотно с “затупленными” зубцами имеет аналогичные конструктивные особенности. Наряду с этим на зубцах этого полотна передние режущие кромки шириной 0,5–0,6 мм, с завалами и выбоинами металла, размерами от 0,1х0,05 мм до 0,5х0,1 мм, располагаются у границы с боковыми режущими кромками и на всем их протяжении. Передние режущие кромки в направлении к основанию полотна с “затупленными” зубцами переходят в плоские площадки, размерами от 0,7х0,5 мм до 1х0,6 мм, с завалами и выбоинами металла по краям протяженностью 0,1–0,2 мм.

Полотна пил для продольного пиления имеют зубцы с шириной основания 4 мм, высотой 5 мм, длину передних боковых режущих кромок 3,5 мм, задних – 4,5 мм. Шаг их зубцов 5 мм, отрицательный передний угол 10°, угол резания 80°, угол заострения – 55°, задний – 25°. Передние и задние боковые режущие кромки “острых” зубцов образованы сходящимися под прямыми углами передними и задними гранями зубцов с боковыми поверхностями зубцов, на их вершинах имеются дефекты металла в виде участков стирания полигональной формы, размерами от 1х0,2 мм до 1х0,4 мм. У полотна с “затупленными” зубцами при прочих сходных параметрах передние и задние боковые режущие кромки образованы сходящимися под прямыми углами передними и задними гранями зубцов с боковыми поверхностями зубцов, или они закруглены, на их вершинах имеются дефекты металла в виде участков стирания полигональной формы размерами от 1х0,2 мм до 1х0,7 мм.

Пилы для смешанного (универсального) пиления с косяговыми зубцами, в профиль углообразные, с шириной основания 5 мм, высотой 5 мм, с длиной передних боковых режущих кромок 4 мм, задних – 6 мм. Шаг зубцов 5 мм, отрицательный передний угол 15°, угол резания – 65°, угол заострения – 50°, задний угол – 25°, угол косой заточки – 70°. Передние и задние боковые режущие кромки “острых” зубцов образованы полями заточки, шириной 0,8–1,2 мм. На вершинах отдельных зубцов имеются дефекты металла в виде участков стирания полигональной формы размерами от 1х0,2 мм до 1х0,4 мм. “Затупленные” зубцы пилы для смешанного пиления – с теми же конструктивными особенностями, с передними и задними боковыми режущими кромками, которые образованы полями заточки, шириной 0,9–1,2 мм. Их боковые режущие кромки с участками стирания и сминания металла, распространяющимися от вершин зубцов к основанию, на протяжении 0,5–2 мм, шириной 0,1–0,3 мм. На задних боковых гранях “затуп-

ленных” зубцов выявляются единичные завалы и выбоины металла полигональной формы, размерами от 0,5х0,2 мм до 1,0х0,3 мм. На их вершинах дефекты металла в виде участков стирания или завалов металла полигональной формы размерами от 0,4х0,3 мм до 1,2х0,8 мм.

Цель исследования – установление морфологических отличий костных опилок, образующихся при пилении разными видами ручных столярных пил.

Нами проведено экспериментальное моделирование повреждений на бедренных костях биоманекенов в первые сутки после наступления смерти однократными (возвратными или поступательными), а также неоднократными (возвратно-поступательными) воздействиями столярных пил для продольного, поперечного и смешанного (универсального) пиления. Столярные пилы имели одинаковую высоту (5 мм) и разную остроту зубцов – “острые” зубцы (имеющие заводскую заточку) и “затупленные” в ходе эксплуатации зубцы. После моделирования распилов костные опилки высушивали при комнатной температуре, исследовали визуально и под стереомикроскопом MC-2 Zoom (увеличение 8–32^x).

Опилки, полученные от действия “острых” зубцов пилы для поперечного пиления, представлены преимущественно мелкими и крупными осколками компактного вещества многоугольной формы, размерами от 0,7х0,5 мм до 2х1,2 мм, с четкими прямолинейными или волнистыми контурами, с плавновыпуклой или “ступенчатой” поверхностью из-за параллельных прямолинейных и плавноизвилистых прямоугольных уступов компактного вещества с хорошо выраженными вершинами, разделенными кортикальными трещинами. На отдельных участках контуры осколков приобретают вид шипов компактного вещества с хорошо выраженными остроугольными вершинами. Между осколками располагаются полупрозрачные гофрированные ленты с зубчатыми контурами, имеющими остроугольные вершины, размерами от 0,5х0,3 мм до 1,2х0,7 мм, которые с мелкими осколками компактного вещества формируют конгломераты полигональной формы, размерами от 0,7х0,5 мм до 3х1,8 мм (рис. 1а). Если зубцы пилы для поперечного пиления “затупленные”, опилки представлены в виде мелких осколков компактного вещества полигональной формы с четкими прямолинейными и волнистыми контурами, мелкозернистой либо гладкой поверхностью, размерами от 0,2х0,2 мм до 0,6х0,4 мм, и в виде мелких фрагментов полупрозрачных гофрированных лент с зубчатыми контурами, имеющими закругленные вершины, размерами от 0,3х0,2 мм до 0,7х0,4 мм. Между мелкими осколками компактного вещества и гофрированными лентами располагаются их конгломераты полигональной формы, размерами от 1,4х1 мм до 2,2х1,7 мм, множественные ланцетовидные и полигональные осколки компактного вещества, размерами от 1х0,4 мм до 9х3 мм, с четкими прямолинейными или волнистыми контурами, с мелкозернистым дном и вершинами в виде закругленных вершин-“шипов” (рис. 1б).

Опилки, полученные от “острых” зубцов продольной пилы, представлены в виде полигональных осколков компактного вещества, размерами от 0,2х0,1 мм до

1,2x0,4 мм, а также гофрированных лент компактного вещества с зубчатыми контурами, имеющими остроугольные вершины, размерами от 1x0,2 мм до 2x1 мм и их фрагментов полосовидной формы, размерами от 0,8x0,2 мм до 1x0,4 мм (рис. 2а). От “затупленных” зубцов этой же пилы опилки в виде частиц и тонких непротяженных фрагментов гофрированных лент, с зубчатыми, закругленными и остроугольными контурами, размерами от 1x0,2 мм до 2,5x1,5 мм; осколков компактного вещества полигональной формы, размерами от 0,2x0,1 мм до 0,7x0,3 мм, и конгломератов костных осколков, частиц и фрагментов гофрированных лент, размерами от 1x0,7x0,5 мм до 3,5x1,7x1 мм (рис. 2б).

От действия пилы для смешанного пиления с “острыми” зубцами формируются опилки в виде мелких частиц гофрированных лент, с зубчатыми контурами, имеющими остроугольные вершины, размерами от 0,5x0,2 мм до 1x0,5 мм, а также в виде четырехугольных и многоугольных осколков компактного вещества с четкими прямолинейными контурами и зернистой поверхностью, размерами от 0,7x0,5x0,2 мм до 1,2x1x0,3 мм, с конгломератами костных осколков и фрагментов гофрированных лент, размерами от 1x0,7x0,5 мм до 4x2,2x1,8 мм (рис. 3а). При пилении “затупленными” зубцами формируются опилки в виде мелких частиц гофрированных лент, с зубчатыми контурами, имеющими закругленные вершины, размерами от 0,2x0,1 мм до 0,5x0,3 мм, а также в виде треугольных, четырехугольных и полигональных осколков компактного вещества, с прямолинейными или волнистыми контурами, с дугообразной поверхностью, размерами от 0,5x0,3x0,2 мм до 2x1x0,7 мм, либо в виде крупных полигональных частиц размерами от 2x1,5x0,3 мм до 3x1,7x0,3 мм с волнистыми контурами и ступенчатой поверхностью из-за уступов компактного вещества с закругленными вершинами. Среди опилок располагаются конгломераты гофрированных лент, осколков и частиц компактного вещества размерами от 1,8x0,9x0,3 мм до 4,5x3x2 мм (рис. 3б).

Заключение

Сравнение полученных при моделировании пиленных поврежденных костей опилок выявило, что основными

компонентами костных опилок являются гофрированные ленты, осколки и крупные частицы компактного вещества, а также их конгломераты. При воздействиях пилами для поперечного и смешанного (универсального) пиления, имеющими углообразные в профиль зубцы, за счет полей заточек, опилки представлены осколками и частицами компактного вещества, а также непротяженными полупрозрачными гофрированными лентами. От зубцов поперечной пилы в опилках преобладают осколки компактного вещества, среди которых встречаются немногочисленные полупрозрачные гофрированные ленты, а от зубцов смешанной пилы осколки и крупные

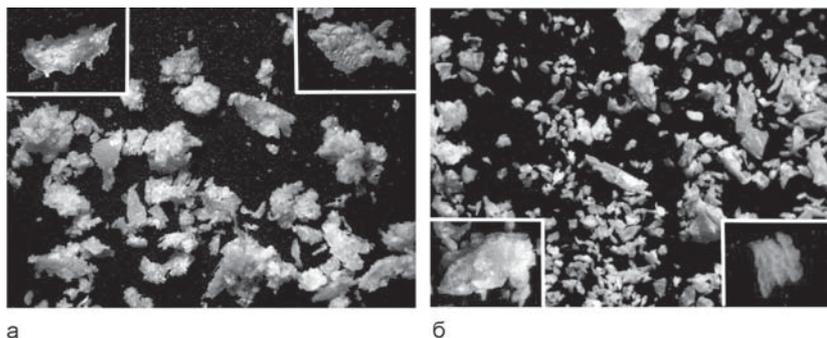


Рис. 1. Опилки, образованные при пилении поперечной пилой с “острыми” (а) и “затупленными” (б) зубцами (ув. 8^х). В левом нижнем углу осколок компактного вещества (ув. 16^х), в правом – фрагмент гофрированной ленты (ув. 16^х)

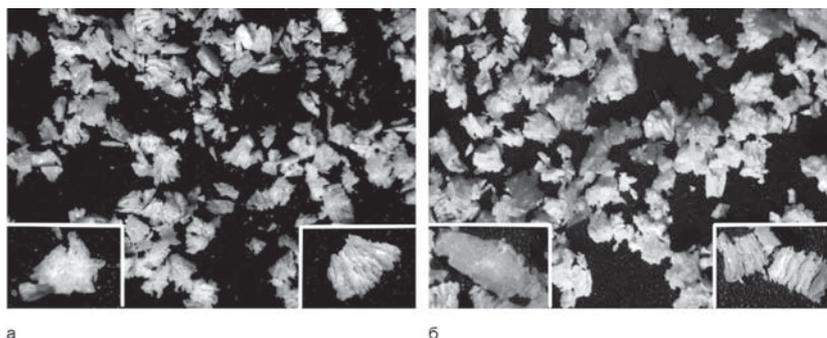


Рис. 2. Опилки, образованные при пилении поперечной пилой с “острыми” (а) и “затупленными” (б) зубцами (ув. 8^х). В левом нижнем углу осколок компактного вещества (ув. 16^х), в правом – фрагмент гофрированной ленты (ув. 16^х)

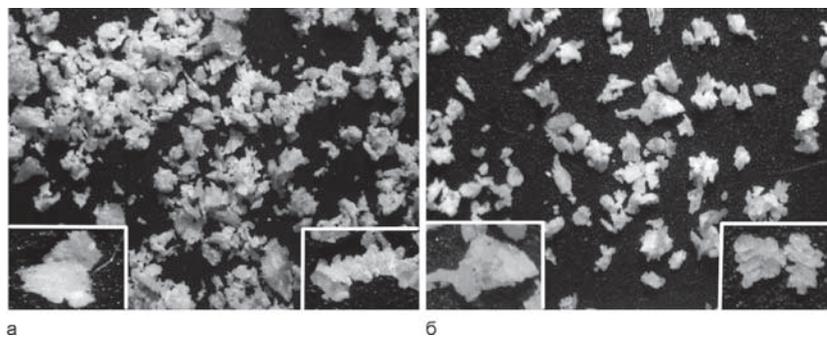


Рис. 3. Опилки, образованные при пилении продольной пилой с “острыми” (а) и “затупленными” (б) зубцами (ув. 8^х). В левом нижнем углу осколок компактного вещества (ув. 16^х), в правом – фрагмент гофрированной ленты (ув. 16^х)

частицы компактного вещества, а также гофрированные ленты встречаются в равных соотношениях. Опилки, полученные при пилении продольными пилами, с "П"-образными в профиль зубцами, представлены преимущественно гофрированными лентами, среди которых встречаются их фрагменты и мелкие осколки компактного вещества.

Сравнение опилок, полученных при пилении одинаковыми пилами с разной остротой зубцов, выявило различия не только в их размерах, но и в морфологических характеристиках. От действия "острых" зубцов поперечной и продольной пил осколки и крупные частицы компактного вещества больше по размеру, а гофрированные ленты менее протяженные по сравнению с "затупленными" зубцами, от смешанной – наоборот. При пилении полотнами с "острыми" зубцами осколки компактного вещества с четкими прямолинейными, волнистыми или зубчатыми контурами, в виде шипов с остроугольными вершинами, их поверхность в виде прямоугольных уступов компактного вещества с хорошо выраженными вершинами. От "затупленных" зубцов контуры осколков прямолинейные, волнистые или зубчатые, с закругленными вершинами, поверхность их мелкозернистая или гладкая. Контур гофрированных лент от "острых" зубцов зубчатые с остроугольными вершинами, от "затупленных" – с остроугольными и закругленными вершинами.

Таким образом, полученные при экспериментальном моделировании данные позволяют по имеющимся морфологическим признакам костных опилок судить не только о виде и назначении пилы, но и о степени остроты ее зубцов.

Литература

1. Саркисян Б.А. Новые возможности диагностики поврежденных острыми орудиями // Вестник судебной медицины. - 2012. - Т. 1, № 3. - С. 9-14.
2. Юрасов В.В., Пудовкин В.В., Пьянников Р.А. Множественные колотые и колото-резаные повреждения ножницами как редкий вариант самоубийства // Вестник судебной медицины. - 2012. - Т. 1, № 4. - С. 54-57.
3. Загрядская А.П., Эделев Н.С., Фурман М.А. Судебно-медицинская экспертиза при повреждениях пилами и ножницами. - Горький: Волго-Вятское кн. изд-во, 1976. - 119 с.
4. Саркисян Б.А., Карпов Д.А., Азаров П.А. Морфологическая характеристика костных опилок, образовавшихся от действия пилящих объектов // Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы. - Красноярск, 2007. - [Вып.] 5. - С. 162-166.
5. Азаров П.А. Судебно-медицинская диагностика повреждений пилящими орудиями, в зависимости от их конструкции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2010. - 24 с.

Поступила 16.09.2015

Сведения об авторах

Саркисян Баграт Амаякович, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой судебной медицины ФПК и ППС ГБОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет" Минздрава России.

Адрес: 656038, г. Барнаул, пр-т Ленина, 40.

E-mail: smeart@yandex.ru.

Азаров Павел Алексеевич, к.м.н., заведующий отделом экспертизы трупов ГБУЗ "Новокузнецкое клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы".

Адрес: 654034, г. Новокузнецк, ул. Петракова, 77.

E-mail: 10-guz-sme@kuzdrav.ru.

■ УДК 340.6

ОЦЕНКА СУДОМ РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский, Н.А. Михеева

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

E-mail: ev.barinov@mail.ru

JUDICIAL ASSESSMENT OF THE RESULTS OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN CIVIL CASES ON RENDERING MEDICAL SERVICES

E.H. Barinov, P.O. Romodanovsky, N.A. Mikheyeva

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

В статье рассмотрены вопросы, связанные с правовой оценкой выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам.

Ключевые слова: выводы, судебно-медицинская экспертиза, медицинские услуги.

In the article the issues related to the legal assessment of the findings of forensic examinations for civil cases are discussed.

Key words: findings, forensic, medical services.

Проблемную область судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг составляют отсутствие обоснования экспертных выводов; попытка дать правовую оценку исследуемым фактам; дача ответов на поставленные перед экспертом вопросы при недостаточности представленных на экспертизу материалов; противоречия выводов экспертов материалам дела; краткость экспертных заключений, следствием которой становится широкое использование медицинской терминологии (обобщающих оценочных суждений), что не позволяет оценить обоснованность выводов; использование в выводах некорректных формулировок, допускающих возможность принятия различных правовых решений по делу и др. [1–3].

Необходимо отметить, что причиной недостатков и малой информативности экспертных заключений по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг является некорректное (без учета специфики характера деятельности, обстоятельств дела, а порой и мнения сторон) формулирование вопросов – обычно крайне избыточных, повторяющихся и малопонятных в целевом назначении – эксперту, что дезориентирует последнего в потребностях конкретной правовой процедуры. Предмет доказывания, который обычно явно не определяется судом в процессе, имеет большое значение для ориентации сторон в формулировании вопросов для судебно-медицинской экспертизы и судебно-медицинских экспертов для формулирования своих выводов в форме, содержании и объеме, необходимых для правоприменения [3–7].

Суды по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не проводят анализ экспертного заключения, его последовательности и согласованности во всех его частях, не проверяют выводы экспертов на предмет достоверности, полноты и объективности. В судебных решениях не указывается, на чем основаны выводы эксперта, приняты ли им во внимание все материалы, представленные на судебно-медицинскую экспертизу по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг, и дан ли им соответствующий анализ.

В результате суд либо передоверяется экспертным выводам, основывая на них правоприменительный вывод, либо дает им юридическую оценку, не имеющую объективного выражения положенных в ее основу критериев. Тем самым суд лишь придает форму своему выводу, содержание которого предопределяется экспертами.

Следует отметить и тот факт, что суды по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг не дифференцируют предмет доказывания в зависимости от применимой нормы права в связи с основанием иска, что прямо отражается на содержании и качестве заключения судебно-медицинской экспертизы. Это обуславливает необходимость формулирования вопросов для судебно-медицинской экспертизы как экспертного задания в зависимости от применимой нормы права и вытекающего из нее предмета доказывания.

В процессуально-правовом значении заключение судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам

о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг должно позволять признать его доказательством не только по признакам допустимости, относимости, полноты и достоверности, но также и по признаку соответствия, под которым следует понимать непротиворечие экспертных выводов правилам медицинской профессии, поскольку и деятельность, последствия которой лежат в основании иска, и судебно-экспертная деятельность имеют единое медицинское происхождение. Это требует от экспертов учета всего многообразия школ медицинской науки и существующих подходов и профессиональных технологий медицинской практики, на обобщенных постулатах которых единственно можно строить обоснование своих выводов [4].

В материально-правовом значении выводы судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг должны так соответствовать существу нормы материального права, применимой в конкретном споре, и предмету доказывания, чтобы позволять сделать единственно возможный правоприменительный вывод.

Судебно-медицинский эксперт имеет предусмотренное законом процессуальное положение. Это процессуальное положение ограничивается его участием в таком качестве в экспертной оценке объекта, формулировании экспертных выводов и в допросе эксперта. Между тем такое участие в полном объеме осуществляет и несет ответственность за организацию работы экспертной комиссии работник экспертной организации. Исключительно о процессуальном положении судебно-медицинских экспертов можно было бы говорить, если бы все члены экспертной комиссии являлись судебно-медицинскими экспертами по профессии, специальности и должности. Но привлекаемые к участию в экспертной комиссии врачи-клиницисты не работают судебно-медицинскими экспертами, не имеют экспертного стажа и излагают в своих выводах не более чем врачебную оценку исследуемых фактов.

Кроме того, если судебно-медицинский эксперт в процессуальном положении недоступен (кроме процессуальных же правонарушений) наступлению ответственности, то в материально-правовом – доступен. Например, к нему в качестве работника экспертной организации могут быть применены меры дисциплинарной ответственности. В отличие от судебно-медицинских экспертов по профессии, специальности и должности, на остальных членов экспертной комиссии (клиницистов) может быть возложена имущественная ответственность в порядке регресса, поскольку и они как практические врачи не избавлены от возможности причинения вреда здоровью пациентов. Тем самым материально-правовое и процессуальное положение членов экспертной комиссии различается [3].

Отличия между профессиональными судебно-медицинскими экспертами и привлекаемыми в качестве членов экспертной комиссии клиницистами значимы для судебного рассмотрения гражданских дел о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг. Чтобы исключить влияние цеховой солидарности, по этой категории дел целесообразно отстранять от участия в ко-

миссионной экспертизе клиницистов, включая в ее состав исключительно профессиональных судебно-медицинских экспертов.

В делах о нарушении прав потребителя, тем более о причинении вреда здоровью, тем более при оказании медицинских услуг презумпция вины причинителя имеет особое значение. Презумпция вины причинителя по такого рода делам должна стать принципом судебно-медицинской экспертизы. Это означает, что судебно-медицинской экспертизе по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг следует исходить из его обусловленности действиями причинителя до тех пор, пока ею не доказано иное происхождение вреда [5].

Медицинскими показателями обоснованности выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг являются: непротиворечие экспертных выводов правилам медицинской профессии, прочность оснований, однозначность в пределах объекта исследования.

Правовыми показателями обоснованности выводов судебно-медицинской экспертизы по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг являются: соответствие предмету доказывания и применимой норме права, доступность экспертных выводов юридической интерпретации, непротиворечивость.

Критериями обобщенной оценки судом выводов судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг являются: их соответствие экспертному заданию, ясность обоснования, пригодность для правоприменительных выводов [5].

Единый алгоритм использования судом судебно-медицинской экспертизы по делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг состоит в следующей общей последовательности: анализ искового заявления – предварительный выбор применимой нормы права – определение предмета доказывания – формулирование экспертного задания – анализ медицинской обоснованности заключения судебно-медицинской экспертизы по делу – анализ правовой обоснованности заключения судебно-медицинской экспертизы по делу – формулирование правоприменительных выводов.

Литература

1. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз связанных с дефектами оказания медицинской помощи в стоматоло-

гии // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 16–18.

2. Савич Н.А., Алябьев Ф.В., Крахмаль Н.В. и др. Уголовно-правовая характеристика нарушений медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей в сфере оказания медицинской помощи // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 2. – С. 30–37.
3. Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам : монография. – М. : ЮриИнфоЗдрав, 2013. – 164 с.
4. Пашинян Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Возможности совершенствования нормативно-правовой базы и механизмов защиты прав пациентов в РФ при текущей социально-экономической и политической ситуации // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. – С. 24–26.
5. Пашинян Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Пути совершенствования правовой обоснованности выводов судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 2. – С. 22–28.
6. Родин О.В., Пашинян Г.А., Тихомиров А.В. Потребности правовой процедуры в связи с необходимостью проведения судебно-медицинской экспертизы // Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 2. – С. 38–43.
7. Россинская Е.Р. Специальные юридические знания и судебно-нормативные экспертизы // Argumentum ad iudicium. ВЮЗИ–МЮИ–МГЮА : труды. – М. : МГЮА, 2006. – Т. 2. – С. 234–241.

Поступила 16.09.2015

Сведения об авторах

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

Ромодановский Павел Олегович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой 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: p.romodanovsky@mail.ru.

Михеева Наталья Александровна, к.м.н., доцент 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.

РЕГЕНЕРАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА

В.В. Дмитриев, В.П. Конев, С.Н. Московский, А.Ф. Сулимов

ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет Минздрава РФ

E-mail: vpkonev@mail.ru

NEOGENESIS AT FRACTURES OF THE MANDIBLE AGAINST THE DYSPLASIA OF THE CONNECTING TISSUE, FORENSIC EVALUATION

V.V. Dmitriev, V.P. Konev, S.N. Moskovskiy, A.F. Sulimov

Omsk State Medical University

При сравнительной оценке содержания белковых и углеводных компонентов соединительной ткани в крови и суточной моче у пострадавших с дисплазией соединительной ткани и в группе контроля были выявлены статистически значимые различия. Установлены общие тенденции, характеризующие направленность метаболических процессов при травме нижней челюсти.

Ключевые слова: перелом нижней челюсти, дисплазия соединительной ткани, оксипролин, гликозаминогликаны.

Comparative estimation of the concentration of albuminous and carbohydrate components of connecting tissue in blood and daily urine in victims with dysplasia of connecting tissue and in control group showed statistically significant difference. The general tendencies characterizing a direction of metabolic processes at a trauma of the lower jaw are established.

Key words: lower jaw fracture, dysplasia a connecting tissue, oxyproline, glycosaminoglycan.

Введение

Известно, что среди травм лица наиболее часто встречаются переломы нижней челюсти ввиду высокой вероятности ее травматического контакта. По обобщенным данным клиник различных регионов России, переломы нижней челюсти встречаются в 34–90,9% случаев челюстно-лицевых травм. Более 75% пациентов с переломами нижней челюсти – работоспособное население в возрасте до 30 лет. В связи с тем, что локализация перелома, характер и степень смещения костных отломков не всегда объясняют разнообразие вариантов течения посттравматических изменений при переломах нижней челюсти, достаточно часто возникает вопрос о связи осложнений или патологической регенерации с травмой или предсуществующей патологией соединительной ткани [4, 7–9].

В последнее время проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ) привлекает пристальное внимание исследователей, в первую очередь, по причине своей распространенности [5, 10, 11]. Многообразие и сложность морфологии и функции соединительной ткани предполагают активное участие основных ее элементов в развитии многих видов патологии [3]. Системность поражения при ДСТ обусловлена ее повсеместным распространением в организме. В последнее время в литературе появляются данные о роли экзогенных влияний на дезорганизацию соединительной ткани. Актуальность данной проблемы обусловлена не только широкой распространенностью ДСТ в популяции, но и ее социальной значимостью: частой встречаемостью среди лиц призывного, детородного, трудоспособного возраста [2, 6].

Необходимость биохимического исследования метаболизма структурных компонентов соединительной ткани у лиц с переломами нижней челюсти подтверждается многочисленными исследованиями. Новизна нашего подхода заключается в том, что мы показали возможность использования биохимических критериев для прогноза течения репаративных процессов в кости.

Цель работы – выявить биохимические критерии прогноза течения репаративных процессов в кости нижней челюсти.

Материалы и методы

Результаты биохимического исследования сравнивали в 4 группах. В 1-ю вошли здоровые люди без травм и признаков ДСТ (контрольная, n=20), во 2-ю – пациенты с переломами нижней челюсти без признаков ДСТ (n=20), в 3-ю вошли лица с ДСТ без травм (n=20), и в 4-ю группу вошли пациенты с переломами нижней челюсти, имеющие признаки ДСТ (n=20).

Содержание оксипролина в моче и крови (на голодный желудок и после приема пищи) определяли после соблюдения трехдневной ограничительной диеты методом Ньюмана и Логана в модификации А.А. Зайди, А.И. Михайлова, О.И. Путенко. В качестве окрашивающего реактива использовали парадиметиламинобензальдегид, в качестве окислителя – хлорамин Б, свойства которого сопоставимы с хлорамином Т, используемым в большинстве методик. Определение гликозаминогликанов (ГАГ) проходило в несколько этапов с помощью метода, предложенного Д.В. Косягиным.

В работе использованы отечественные реактивы аналитической степени чистоты квалификации “хч”, “ос.ч”, “чда”.

Выявление ДСТ базировалось по методике, разработанной кафедрой судебной медицины с курсом правоведения Омской государственной медицинской академии под руководством В.П. Конева. Тестирование проводилось как качественно, в плане выявления больших и малых стигм ДСТ и изменений абриса тела, так и по антропометрическим показателям, путем определения индексов и соотношений.

Статистическая обработка материала исследования осуществлялась общепринятыми методами статистики с использованием статистического пакета "Биостат" и пакета анализа для программы MS Excel 2007. Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения. Оценка статистических различий проводилась с помощью непараметрических критериев Манна-Уитни, Уилкоксона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При исследовании суточной мочи на 3-и сутки с момента травмы у больных с ДСТ выявлено увеличение суточного выведения свободного оксипролина ($p < 0,05$), суммарных ($p < 0,05$) и сульфатированных ($p < 0,05$) гликозаминогликанов (табл. 1).

Эти данные подтверждают тот факт, что "дефектные волокна" и углеводно-белковые комплексы соединительной ткани быстрее теряют свою структурность при воздействии различных неблагоприятных факторов (повышение температуры, изменение pH среды и другие) [1].

Исследование метаболитов соединительной ткани в сыворотке крови показало повышение их содержания

при травме нижней челюсти (табл. 2). Увеличенным было содержание оксипролина ($p < 0,05$) и гликозаминогликанов ($p < 0,05$).

При анализе полученных данных отмечено, что у лиц с переломами нижней челюсти с признаками ДСТ наблюдалось увеличение содержания метаболитов соединительной ткани в сыворотке крови прямо пропорционально нарастанию их количества в суточной моче. Генетически обусловленный дефект соединительной ткани приводил к уменьшению поперечных связей в фибриллах коллагена, повышению доли проколлагена III типа, увеличению количества легко растворимого коллагена, обладающего пониженной устойчивостью к сдвигам гомеостаза, отрицательным воздействиям внешней среды. Повышенная экскреция оксипролина и гликозаминогликанов в суточной моче и сыворотке крови указывает на увеличение скорости распада коллагена в организме больных, перенесших травму нижней челюсти. Увеличение показателей метаболитов соединительной ткани свидетельствует о резком повышении катаболизма коллагена у лиц с ДСТ при травме в сравнении с контролем, что позволяет сделать вывод об изначальной тенденции к повышенному распаду коллагена у этой категории больных. В связи с чем формируется риск к снижению регенераторных потенциалов соединительной ткани.

На 28–30-е сутки с момента травмы у больных с переломами нижней челюсти с признаками ДСТ показатели оксипролина и гликозаминогликанов в суточной моче и сыворотке крови существенно снижались, но были выше контрольных значений ($p < 0,05$) (табл. 1, 2).

Таблица 1

Содержание метаболитов соединительной ткани в суточной моче у больных с двусторонними переломами нижней челюсти на 3-и сутки с момента травмы ($M \pm m$, P)

Метаболиты СТ	Сутки наблюдения	Здоровые без травм (n=20)	Пациенты с переломами нижней челюсти без признаков ДСТ (n=20)	Лица с ДСТ без травм (n=20)	Пациенты с переломами нижней челюсти, имеющие признаки ДСТ (n=20)
Общий оксипролин, мг/сутки	3	39,54±2,20	75,98±1,93, $p < 0,05^*$	35,81±2,25, $p < 0,05^{**}$	84,94±2,45, $p > 0,05^{***}$
Процент свободного оксипролина	3	3,06±0,52	5,93±0,37, $p < 0,05^*$	4,99±0,72, $p < 0,05^{**}$	7,03±0,54, $p < 0,05^{***}$
Общий оксипролин, мг/сутки	30	39,54±2,20	49,08±1,03, $p < 0,05^*$	35,81±2,25, $p < 0,05^{**}$	64,23±2,05, $p > 0,05^{***}$
Процент свободного оксипролина	30	3,06±0,52	4,23±0,85, $p < 0,05^*$	4,99±0,72, $p < 0,05^{**}$	5,15±0,61, $p < 0,05^{***}$
Гексозы суммарных ГАГ, мг/сутки	3	15,49±0,90	29,91±0,80, $p < 0,05^*$	17,98±0,56, $p < 0,05^{**}$	41,15±1,30, $p < 0,025^{***}$
Гексозы сульфатированных ГАГ, мг/сутки	3	3,24±0,21	6,86±0,23, $p < 0,05^*$	4,29±0,19, $p < 0,05^{**}$	7,39±0,39, $p < 0,001^{***}$
Гексозы суммарных ГАГ, мг/сутки	30	15,49±0,90	19,21±1,25, $p < 0,05^*$	17,98±0,6, $p < 0,05^{**}$	27,75±1,65, $p < 0,05^{***}$
Гексозы сульфатированных ГАГ, мг/сутки	30	3,24±0,21	4,96±0,56, $p < 0,05^*$	4,29±0,19, $p < 0,05^{**}$	5,32±0,79, $p < 0,05^{***}$

Примечание: * – достоверность различий рассчитана по отношению к здоровым лицам без травм; ** – достоверность рассчитана по отношению к здоровым лицам без травм; *** – достоверность рассчитана по отношению к пострадавшим с переломами нижней челюсти без признаков ДСТ.

Таблица 2

Содержание метаболитов соединительной ткани в сыворотке крови у больных с двухсторонними переломами нижней челюсти на 3-и сутки с момента травмы ($M \pm m$, P)

Метаболиты СТ	Сутки наблюдения	Здоровые без травм (n=30)	Пациенты с переломами нижней челюсти без признаков ДСТ (n=30)	Лица с ДСТ без травм (n=30)	Пациенты с переломами нижней челюсти, имеющие признаки ДСТ (n=30)
Оксипролин, ммоль/л	3	46,81±1,91	89,24±3,51, p<0,05*	56,83±2,11, p<0,05**	102,85±3,11 p<0,001***
Оксипролин, ммоль/л	30	46,81±1,91	62,15±3,74, p<0,05*	56,83±2,11, p<0,05**	73,95±3,62 p<0,05***
Гликозаминогликаны, ммоль/л	3	3,42±0,25	6,01±0,47, p>0,05*	4,09±0,14, p<0,05**	8,12±0,23, p<0,05***
Гликозаминогликаны ммоль/л	30	3,42±0,25	4,82±0,47, p>0,05*	4,09±0,14, p<0,05**	6,23±0,73, p<0,05***

Примечание: * – достоверность различий рассчитана по отношению к здоровым лицам без травм; ** – достоверность рассчитана по отношению к здоровым лицам без травм; *** – достоверность рассчитана по отношению к пострадавшим с переломами нижней челюсти без признаков ДСТ.

Динамика биохимических показателей у каждого конкретного больного отражала активность перестроенного процесса в костной ткани и выраженность неблагоприятного метаболического влияния на него. Поэтому биохимическое исследование метаболитов соединительной ткани ценно не только в оценке тяжести повреждения костных структур, но также в прогнозировании ее течения и исходов.

Таким образом, определение метаболитов соединительной ткани в суточной моче и сыворотке крови позволяет судить о степени катаболизма у пострадавших, дает возможность оценить тяжесть и прогнозировать исход и эффективность лечебных мероприятий.

С целью изучения особенностей регенерации при переломах нижней челюсти у лиц с ДСТ на секционном материале нами была отобрана группа наблюдений лиц с ДСТ (n=28), погибших в различные сроки после травмы. Отбор производился по признакам астенического телосложения, сколиозов и деформации грудной клетки. В 13 случаях гибель лиц произошла одновременно с нанесением травмы или несколько позднее – в течение ближайших 10–12 часов. Гибель этих лиц происходила, как правило, в стационаре.

Линия перелома содержала значительное количество свертков, тканевого детрита. В зоне перелома наблюдались резко выраженные гемоциркуляторные нарушения, включая стазы и формирования красных тромбов в венозных сосудах. По периферии линии перелома наблюдались экстравазаты. В 6 случаях лиц погибших в пределах от 3 до 7-х суток в линии перелома наблюдалась картина консолидации кровяного сгустка, причем по периферии сгустка в губчатом слое кости наблюдалась лимфогистиоцитарная инфильтрация, выходящая в зону периоста, а также наличие гематогенных и тканевых макрофагов. В зонах, где перелом имел вколоченный характер, мы наблюдали гибель остеоцитов по краям с их вакуолизацией. Основное вещество кости в этой зоне подвергалось пазушной резорбции. Кровяной сгусток подвергался уплотнению, эритроциты в большей части были лизированы. По краям и в центре на 7-е сут-

Таблица 3

Тип регенерации нижней челюсти у лиц с ДСТ (%). Секционный материал

Тип регенерации	Группа ДСТ	Группа сравнения
1. Десмальная костная мозоль	2	24
2. Хондральная костная мозоль	40	39
3. Смешанная костная мозоль	53	36
4. Осложненный тип регенерации	5	1

ки отчетливо выявлялись небольшие волокнистые структуры, окрашиваемые по Ван Гизон в красный цвет. При исследовании зоны перелома нижней челюсти в 7 случаях лиц с ДСТ по истечении 2 недель с момента травмы наблюдалась полиморфная картина регенераторных процессов, связанных как с различиями в иммобилизации, так и состоянием костных отломков. При вколоченных переломах в губчатой части наблюдались рассасывания костных балочек по краям отломка и формирование вокруг них волокнистой соединительной ткани с наплавами недифференцированной костной ткани. При этом по краям этих регенератов формировались неправильной формы сосуды и сосудистые почки. В случаях, когда сопоставление отломков было плотным, но не вколоченным, наблюдалось формирование грубоволокнистой соединительной ткани с инфильтратами из лимфоидных, гистиоцитарных и макрофагальных элементов. Последние были нагружены пигментом гемосидерином. В отдельных участках начиналось формирование молодого гиалинового хряща без признаков послышной дифференцировки. При окраске шик-методом зоны регенерата наблюдалось скопление кислых гликозамингликанов. Красное окрашивание исчезало при обработке текстикулярной гиалуронидазой.

В случаях, когда шинирование не производилось, и отломки находились на расстоянии около двух миллиметров, происходило формирование костной мозоли смешанного типа. В различных участках губчатой и частич-

но компактной кости наблюдалось ее рассасывание по линии перелома с образованием новообразованных сосудов неправильной формы, напоминающих сосудистые почки. Волокнистые структуры были ориентированы от отломка к центру линии перелома. В отдельных участках линии перелома наблюдались скопления гиалинового хряща и остеоида с большим количеством остеобластов с последующим формированием остеоцитов. Во всех этих случаях наблюдалось формирование смешанной костной мозоли. В дальнейшем при исследовании трупов с 20 по 120-е сут наблюдались различные фазы оссификации костной мозоли и перестройки костной мозоли в соответствии со структурной организацией нижней челюсти.

Заключение

Таким образом, данные гистологического исследования показывают, что регенерация кости нижней челюсти идет через формирование смешанной костной мозоли при наличии выраженной альтеративной реакции. Процессы альтерации у больных с ДСТ преобладали над пролиферативными процессами, и формирование кости могло идти только по смешанному типу, что значительно удлиняет период лечения и период реабилитации. Этот факт необходимо учитывать при оценке сроков лечения для оценки причиненного вреда здоровью, а также для оценки медицинской помощи потерпевшему. В некоторых ситуациях удлинение сроков лечения на фоне ДСТ доходит до 200% времени. Реально, это надлежащая медицинская помощь на фоне предсуществующей патологии.

Литература

1. Дацковский Б.М., Гакман В.В., Лужанский А.А. Синдром Элерса-Данло // Клин. медицина. – 1990. – № 1. – С. 112–116.
2. Егорова Л.В. Материалы V юбилейного симпозиума “Дисплазии соединительной ткани”. – Омск, 1995.
3. Кадурина Т.Н. // Вести аритмол. – 2000. – № 18. – С. 87.
4. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани : руководство для врачей. – СПб. : Элби-СПб, 2009. – 701 с.
5. Мартынов А.И., Степура О.Б., Остроумова О.Д. Маркеры дисплазии соединительной ткани у больных с идиопатическим пролабированием атриовентрикулярных клапанов и аномально расположенными хордами // Тер. Арх. – 1996. – № 2. – С. 40–43.
6. Остроумова О.Д. Эхокардиографические и фенотипические особенности больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995.
7. Самойлов К.О. Морфофункциональные особенности хронического воспалительного процесса пародонта у больных дисплазией соединительной ткани до и после комплексной терапии : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Новосибирск, 2008. – 28 с.
8. Miller V.J., Bodner L. The long-term effect of oromaxillofacial trauma on the function of the temporomandibular joint // J. Oral. Rehabilitee. – 1999. – Vol. 26, No. 9. – P. 749–751.
9. Walker R.R., Connor P.D. Unilateral mandible fracture with bilateral TMJ dislocation // Tenn. Med. – 2000. – Vol. 93, No. 1. – P. 19–20.
10. 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. 49–54.
11. Шестель И.Л. Оценка тяжести вреда здоровью у лиц с сопутствующей патологией // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 4. – С. 38–41.

Поступила 16.09.2015

Сведения об авторах

Конев Владимир Павлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом правоведения ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития.

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

E-mail: vpkonev@mail.ru.

Дмитриев Вячеслав Валерьевич, ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития.

Адрес: 644012 г. Омск, ул. 1-й Башеный переулок, д. 4.

E-mail: dr.1980@mail.ru.

Московский Сергей Николаевич, ассистент кафедры судебной медицины с курсом правоведения ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития.

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

E-mail: Moscow-55@mail.ru.

Сулимов Анатолий Филлипович, д.м.н., заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ОмГМА ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития.

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

E-mail: vpkonev@mail.ru.

■ УДК 340.6

КОНФЛИКТЫ В ПРАКТИКЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Н.А. Михеева, Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский

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

E-mail: rjnz77@mail.ru

THE CONFLICTS IN PRACTICE OF PLASTIC SURGEONS WHEN RENDERING MEDICAL SERVICES

N.A. Mikheyeva, E.H. Barinov, P.O. Romodanovsky

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

Статья посвящена проблеме, которая может затронуть любого практикующего врача при общении с пациентом, в частности и пластического хирурга. В статье представлены данные опроса обеих сторон возможного конфликта: врачей и пациентов.

Ключевые слова: дефекты оказания медицинской помощи, медицинская помощь (услуга), конфликтные ситуации.

The article deals with the problem, which may affect any medical practitioner when communicating with the patient, and (in particular) the plastic surgeon. The authors presents survey data on both sides of the conflict: physicians and patients.

Key words: defects of medical assistance, medical assistance (service), conflict situations.

Причиной обращения пациента в медицинское учреждение является необходимость получения медицинской помощи для улучшения состояния здоровья. В то же время не редкостью стало обращение за коммерческой медицинской помощью, которой больше подходит определение "услуга". И областью оказания подобных услуг является так называемая "индустрия красоты", которая достаточно активно использует в своих целях фундаментальные методы клинической пластической хирургии.

Обратившись за помощью (услугой) в медицинское учреждение, пациент надеется получить высококвалифицированную медицинскую помощь (услугу) на современном уровне и в полном объеме [1, 2]. Однако практика показывает, что надежды не всегда оправдываются, и это приводит к конфликту между пациентом и врачом (или лечебным учреждением) [3, 4].

Существуют несколько уровней разрешения конфликтных ситуаций: досудебный и судебный.

На первом, досудебном, уровне пациент обращается с жалобой к руководителю медицинского учреждения и(или) в органы управления здравоохранением. Проводится клинический разбор ситуации, возможно с проведением экспертизы качества медицинской помощи. Если в результате проведения всех мероприятий достигнуто согласие между руководителем лечебного учреждения (или врачом) с одной стороны и пациентом с другой стороны, то конфликт исчерпан и не переходит на следующий уровень.

Однако не всегда разрешение подобных конфликтов происходит на досудебном уровне. Когда не достигнуто обоюдное согласие, и одна из сторон (или обе) имеет какие-либо претензии, происходит обращение в судебные инстанции [3, 4].

Иски к пластическим хирургам обусловлены комплексом объективных и субъективных причин, изучение которых

представляет определенную актуальность для разработок мер по их предупреждению.

Для выявления проблем организации лечебного процесса, уточнения правовой осведомленности пластических хирургов было анонимно опрошено 42 специалиста города Москвы и Московской области. Возраст респондентов составлял от 33 до 57 лет, общий медицинский стаж работы от 9 до 32 лет; стаж работы в области пластической хирургии от 4 до 29 лет; различных врачебных категорий и ученых степеней. В анкету для врача пластического хирурга вошли группы вопросов, которые касались полученного образования, медицинских учреждений, в которых работают опрошенные. Были вопросы, связанные с ведением медицинской документации (МД) в медицинском учреждении в целом и ее заполнения собственно врачом. В частности, нас интересовали вопросы дефектов заполнения медицинской документации, их причин и возможных вариантов, которые бы позволили избежать в дальнейшем повторения ошибок. Определенный блок вопросов касался возможных причин неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи и их профилактики. Отдельно интересовали конфликтные ситуации между врачом и пациентом: причины и пути их разрешения. Правовая грамотность врачей пластических хирургов.

Среди опрошенных специалистов у всех имеется квалификационная категория. Высшая квалификационная категория у 23 врачей, первая – у 17 врачей, вторая – у 2 врачей. Также среди респондентов были врачи, имеющие ученую степень доктора медицинских наук (1% от общего числа опрошенных) и кандидата медицинских наук (3%).

В результате социологического опроса было установлено, что все опрошенные врачи работали в частных медицинских учреждениях. Возраст респондентов варьировался от 33 до 57 лет. Все врачи имели высшее меди-

цинское образование и по окончании ВУЗа получили дипломы с отметкой “лечебное дело”.

При анкетировании на некоторые вопросы предлагалось выбрать несколько вариантов ответов. Из ответов следует, что большинство респондентов понимают важность правильного и полного ведения медицинской документации, однако сами признают, что допускают ошибки при заполнении карт – это 69%. 24% считают свое заполнение карт правильным и полным. 7% затрудняются дать оценку своей манере ведения медицинской документации.

Среди факторов, которые могут привести к нарушениям в ведении медицинской документации, отмечено следующее: 47% врачей заполняют карту после приема, так как все время приема посвящают общению с пациентом, 38% своевременно делают записи, хотя считают, что времени не хватает, 15% – когда сочтут удобным.

Также те врачи, которые отметили в своих ответах, что допускают нарушения ведения медицинской документации, указали следующие причины этого: отвлечения на внеплановые консультации коллег и других пациентов, большой наплыв пациентов (и, как следствие, желание всех принять), часть признались в собственной медлительности.

Несмотря на то, что большое количество респондентов признали, что совершают ошибки при заполнении медицинской карты, практически все (81%) понимают, что эти ошибки могут негативно отразиться для них в ходе судебного разбирательства.

При анкетировании врачей пластических хирургов мы выяснили, что 88% из них совершали ошибки при оказании медицинской помощи (услуги). 76% считает необходимым указывать в документации на ошибки и недостатки в лечении пациента, один респондент затруднился ответить, при этом 83% всех опрошенных признались, что данный факт сами фиксировать не будут.

Из нескольких предложенных вариантов причин возникновения дефектов и осложнений в практике пластической хирургии отмечено: ошибки диагностики – 20,8%, неправильный выбор тактики лечения – 10,4%, недостаточная квалификация медицинского персонала – 18,7%, непрогнозируемый вариант – 29,1%. Помимо прочего отмечается вина самого пациента в нарушении выполнения рекомендаций врача – 41,6%. При ответе на данный вопрос разрешалось выбрать несколько вариантов ответов.

Следствием любой допущенной врачом ошибки будет возникновение конфликтной ситуации. Среди опрошенных нами пластических хирургов 83% признались, что попадали в подобную ситуацию. При этом, по мнению врачей (мнение пациентов по этому же вопросу будет рассмотрено ниже), причинами этого может являться:

- завышенный порог ожидания результата со стороны пациента – 34%;
- “конфликтный” пациент – 20%;
- плохая информированность пациента о возможных осложнениях – 26%;
- плохая подготовка специалистов и, как следствие, ошибки в диагностике и лечении – 14%;

- нарушение этических норм со стороны медперсонала – 8%.

Также 83% из всех опрошенных пластических хирургов считают, что в последнее время возросло количество конфликтных ситуаций. Причинами роста числа конфликтных ситуаций называют:

- повышение требовательности пациентов к качеству оказываемых услуг – 48%;
- повышение юридической грамотности пациентов – 45%;
- снижение уровня качества медицинской помощи (услуги) – 7%.

Вариантами разрешения конфликтных ситуаций предложено: возврат денег пациенту (83%); повторное лечение за счет лечебного учреждения (71%); разбор на конфликтной комиссии (возможность поддержки коллегами врача) (26%); разъяснение пациенту его неправоты (2%); судебное разбирательство (0%).

На вопрос “Считаете ли Вы себя защищенным от судебных исков со стороны пациентов?” подавляющее число ответов было отрицательным (83%), 5% респондентов считают, что всегда смогут договориться с пациентом, 2% считают, что врач всегда прав – значит, защищен. Затрудняются ответить 10%.

Среди опрошенных 57% знакомы с нормативно-правовыми документами, регламентирующими отношения врача и его пациента. 81% расценивают свои знания нормативно-правовых документов как недостаточные.

Помимо врачей пластических хирургов были опрошены и их пациенты. Возраст которых варьировался от 26 до 67 лет, это были как женщины, так и мужчины, всего 132 человека. Исследование мнения пациентов касалось причин обращения к врачам пластическим хирургам, выбора лечебного учреждения, возможности возникновения конфликтной ситуации и путей ее разрешения, также вопросы касались дефектов оказания медицинской помощи (услуги).

Причинами обращения в клинику 8,3% респондентов отметили медицинские показания, 34,1% – желание помолодеть, 57,6% – “работа обязывает быть в форме”.

Опрос показал, что 87,1% респондентов изначально идут на прием к врачу пластическому хирургу в состоянии беспокойства, 9,1% испытывают волнение, 3,8% человек напряжены.

Для большинства респондентов главным критерием выбора клиники оказалась реклама (59,1%), положительные отзывы знакомых явились определяющими для 24,2%. Остальные 16,7% пациента клиники пользовались информацией в Интернете.

При этом 25,0% респондентов отмечают, что критериями выбора для них являются положительные отзывы о работе клиники, 54,5% обращают внимание на стаж и квалификацию врачей, 11,4% – на солидный ремонт, 9,1% – на информацию о знаменитых клиентах.

Большая часть опрошенных пациентов (87,1%) не считают себя конфликтным пациентом. Только 12,9% признают, что могут быть конфликтными, если медицинская помощь оказывается не квалифицированно.

Опрошенные пациенты считают, что в последнее время выросло число конфликтных ситуаций. Причинами этого роста они называют: повышение юридической грамотности населения (84,8%), снижение уровня качества медицинской помощи (13%), повышение требовательности пациентов к качеству предоставляемых услуг (1,5%).

Причинами, по которым может возникнуть конфликтная ситуация между врачом пластическим хирургом и его пациентом, называют: плохая информированность пациента о возможных осложнениях (40,9%), плохая подготовка специалистов (38,6%), нарушение этических норм со стороны медицинского персонала (16,7%), завышен порог ожидания со стороны пациента (3,0%), конфликтный пациент (0,8%).

Пути разрешения конфликтных ситуаций пациенты считают: исправление дефектов за счет врача или лечебного учреждения (58,3%); возврат денег и обращение в другое лечебное учреждение (19,7%); судебные разбирательства (18,2%); обращение в Общество защиты прав потребителей (2,3%); разбор на конфликтной комиссии (1,5%); никто из опрошенных не готов оставить ситуацию без внимания.

При проведении анкетирования интересовало мнение пациентов о причинах возникновения дефектов и неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи. Были получены следующие ответы: недостаточная квалификация врача (40,5%), неправильно выбранная тактика лечения (18,3%), несоответствие установленного диагноза истинному состоянию пациента (14%), недостаточная квалификация среднего медицинского персонала (4,7%), нарушение в проведении выбранной методики (19,5%), нарушение в исполнении всех рекомендаций самим пациентом (3%).

60% считают себя знающими нормативно-правовые документы. Среди них 47% считают, что им необходимо дополнительное изучение указанных документов, 53% считают свои знания достаточными.

Источниками знаний нормативно-правовых документов, регламентирующих отношения врача и пациента, были названы СМИ (78,8%), специализированная литература (15,9%), собственное образование (5,3%).

Автор надеется, что результаты проделанной работы позволят уменьшить количество конфликтных ситуаций между врачами (или медицинскими учреждениями) и их

пациентами, а также помогут предупредить возникновение новых профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в практике пластической хирургии.

Литература

1. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз связанных с дефектами оказания медицинской помощи в стоматологии // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 16–18.
2. Савич Н.А., Алябьев Ф.В., Крахмаль Н.В. и др. Уголовно-правовая характеристика нарушений медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей в сфере оказания медицинской помощи // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 2. – С. 30–37.
3. Михеева Н.А., Баринов Е.Х. Экспертная оценка профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в практике пластической хирургии : монография. – М. : ЮрИнфоЗдрав, 2013. – 128 с.
4. Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам : монография. – М. : ЮрИнфоЗдрав, 2013. – 164 с.

Поступила 16.09.2015

Сведения об авторах

Михеева Наталья Александровна, к.м.н., доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И. Евдокимова, профессор РАЕ.

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

E-mail : rjnz77@mail.ru.

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

Ромодановский Павел Олегович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой 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: p.romodanovsky@mail.ru.

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

■ УДК 340.6

ОБ ОСНОВНОМ ПРИОРИТЕТЕ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

В.Л. Попов

ФГБОУ ВПО Государственный университет морского и речного флота им. адмирала С.О. Макарова, Санкт-Петербург
E-mail: expertfm@mail.ru

ON THE MAIN PRIORITIES IN THE FORENSIC MEDICINE

V.L. Popov

The State University of Maritime and River Fleet n.a. Admiral S.O. Makarov, Saint-Petersburg

В статье приводится системное изложение целей судебно-медицинской экспертизы и условий их достижения. Сформулированы и обоснованы основные приоритеты работы судебных медиков.

Ключевые слова: судебная медицина, приоритет.

The article presents a systematic description of the goals of Forensic Medicine and the conditions for achieving them. The author formulated and grounded the main priorities of the work of forensic experts.

Key words: forensic medicine, priority.

В любой сфере судебно-медицинской деятельности (научной, практической, учебной) всегда есть какая-то конечная цель, определяющая ожидаемый результат труда коллектива или отдельного исполнителя. Эти цели не столь разнообразны:

- 1) установление закономерностей, лежащих в основе процессов, интересующих теоретическую и практическую судебно-медицинскую экспертизу;
- 2) подготовка специалиста, способного самостоятельно на высоком профессиональном уровне выполнять основные или специальные экспертные исследования (генетические, биологические, химические, криминалистические и т.д.);
- 3) создание в практическом экспертном учреждении условий (эффективных управленческих мер, эффективной рабочей экспертной зоны, современной исследовательской аппаратуры и методического сопровождения, адекватного экспертному труду материального и финансово-экономического обеспечения и т.п.), позволяющих реализовывать каждому эксперту свою профессиональную мотивацию и интеллектуальный потенциал.

В перечне приведенных целей нельзя (было бы ошибочно) выделять какую-то "ведущую" (главную, приоритет-

ную) цель. Суть дела заключается в том, что только достижение полной совокупности этих целей ведет к перманентному совершенствованию судебно-медицинской науки и практики.

Попутно заметим, что не следует подменять перечисленные цели "проведением анализа каких-то фактических данных" (например, "смертности", "причин дефектов оказания медицинской помощи" и др.), "изучением той или иной научной или практической проблемы", "проведением экспериментальных исследований" и т.п. Эти действия сами по себе ни в какой мере не являются целью, поскольку могут быть лишь средством для достижения той или иной цели.

Что общего в приведенных трех, на первый взгляд, казалось бы, разобщенных целях? Это направленность на достижение определенного уровня постоянно развивающейся и совершенствующейся судебно-медицинской деятельности, осуществляемой судебно-медицинскими экспертами. Правильно расставленные акценты позволяют четко обозначить объект целеустремления – это самосовершенствующаяся судебно-медицинская деятельность и субъект, способный реализовать эту цель – эксперт.

Что позволяет достичь объекта целеустремления?

Во-первых, это полноценная теоретическая база, включающая знания:

- о закономерностях, лежащих в основе возникновения повреждений (в самом широком понимании – от вызванных механическими факторами, до сформировавшихся от действия химических и биологических агентов) с учетом совокупности влияний разнородных объективных характеристик окружающей среды, врожденных и приобретенных свойств пострадавшего организма;
- о закономерностях процесса умирания, наступления смерти и посмертного периода в условиях многообразия внешних физических и биологических воздействий;
- о закономерностях сохранения и исчезновения признаков личности у живого человека и в мертвом теле;
- об организационных основах управления судебно-медицинской экспертизой, включающих гибкую организационно-штатную структуру экспертных учреждений в различных регионах страны, общие принципы нормирования экспертного труда (с учетом территориальных, климатических, социальных, религиозных и иных особенностей), рациональные внутри- и межучрежденческие технологические связи при выполнении практической экспертной работы, оптимизацию материально-технического и финансово-экономического сопровождения экспертной деятельности.

Во-вторых, это дифференцированное овладение судебно-медицинским экспертом приведенными базовыми научными знаниями, необходимыми для отправления им своих профессиональных обязанностей. Очевидно, что принцип дифференцированности предусматривает разную степень овладения специальными судебно-медицинскими знаниями: с одними из них эксперт должен быть ознакомлен, другие он должен не только теоретически знать, но и владеть навыками их практического применения. Это положение также должно охватываться понятием “модели выпускника” интернатуры, ординатуры, курсов специализации, общего и тематического усовершенствования (иначе говоря, речь идет о конкретном перечне знаний и умений, которыми должен владеть соответствующий специалист). Следует подчеркнуть, что важнейшее значение имеет не столько сумма знаний, выявленных традиционным опросом или компьютерными тестами, сколько умение воспользоваться ими при решении конкретных практических задач. Это в полной мере касается и определения требований к специалистам, претендующим на присвоение второй, первой и высшей квалификационных категорий. Здесь, по-видимому, уместны и теоретическая подготовка, и предварительный тестовый экзамен, и решение прикладных задач в ходе заседания аттестационной комиссии. Говоря о подготовке и совершенствовании знаний специалистов, принципиально неверно “сваливать” недостатки в этой работе исключительно на медицинские ВУЗы и ВУЗы последипломного образования, куда на усовершенствование экспертов отправляют один раз в пять лет. Однако, если в эти пять лет в судебно-медицинском учреждении не отлажена система перманент-

ного совершенствования профессионального уровня специалистов, упреки могут быть адресованы только руководству практического учреждения. Есть масса примеров того, что профессиональный уровень экспертов выше там, где налажены “на месте” текущая учеба экспертов, наставничество, кураторство, система обеспечения и контроля качества экспертной работы, взаимное рецензирование, конъюнктурный анализ практической работы, описание и разбор сложных практических наблюдений и т.д.

Здесь уместно обратить внимание на доступность судебно-медицинской литературы практическому эксперту в интересах постоянного повышения его квалификации путем каждодневного профессионального самообразования. Это важно подчеркнуть именно сегодня, в эпоху, казалось бы, “всемогущего интернета”. К сожалению, библиотека интернета формируется на основе случайного подбора учебников, монографий и статей случайными пользователями. Многие исследователи, занимавшиеся подбором специальной литературы по избранной теме, с надеждой устремлявшиеся в интернет, вскоре с явной неудовлетворенностью оставляли это занятие, поскольку даже самый тщательный и добросовестно проведенный поиск не обеспечивает необходимую полноту при подборе литературы по узкой теме. На наш взгляд, проблему можно решить двумя возможными путями. С одной стороны, создание и систематизированное пополнение библиотеки в бюро судебно-медицинской экспертизы, с другой стороны – формирование библиографической базы в Российском центре судебно-медицинской экспертизы с использованием материалов (отечественной и зарубежной литературы) защищенных диссертаций, журналов, монографий и руководств, малодоступных провинциальному читателю, материалов международных конференций, конгрессов и т.п. [1, 2]. Эта библиографическая база РЦСМЭ должна создаваться не столько в помощь научным работникам, сколько практическим экспертам, для которых она должна быть доступна в первую очередь.

В-третьих, специалисту конкретного экспертного учреждения должны быть обеспечены условия, в которых он мог бы реализовать свои знания, навыки, опыт и умения. В условиях отдельно взятого экспертного учреждения должны быть правильно расставлены профессиональные акценты. Так, например, производственная зона и техническое обеспечение эксперта не могут быть хуже (по площадям, санитарно-гигиеническим нормам, оснащению организации рабочей зоны, компьютерному и техническому сопровождению, финансовым и иным условиям), чем у персонала, обеспечивающего его деятельность (сотрудники материально-технического, финансово-экономического блока).

Древнегреческий философ Протагор (480–410 г.г. до н.э.) подчеркивал, что “человек есть мерило всего”. В экспертном учреждении “мерилом” его деятельности является экспертный корпус. Именно его интеллектуальный и профессиональный потенциал, его рейтинговое положение среди судебно-медицинской общественности страны (в ряде случаев и за рубежом), его полезность для правоохранительных структур и территори-

ального здравоохранения определяют, в конечном итоге, авторитет экспертного учреждения. И дело чести руководителя бюро судебно-медицинской экспертизы понять этот бесспорный приоритет и сделать все для его совершенствования и развития в подчиненном учреждении.

исследовательской работы по судебной медицине в Сибирском федеральном округе // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 3. – С. 33–38.

Поступила 16.09.2015

Литература

1. Межрегиональная научно-практическая конференция “О состоянии и перспективах работы медико-криминалистических отделений территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы”, 23–24 июня 2011 г., г. Барнаул // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 1. – С. 52–54.
2. Конев В.П., Савченко С.В. Современное состояние научно-

Сведения об авторе

Попов Вячеслав Леонидович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой уголовного права ФГБОУ ВПО “Государственный университет морского и речного флота им. адмирала С.О. Макарова”.

Адрес: 198035, г. Санкт-Петербург, ул. Двинская 5/7.

E-mail: expertfm@mail.ru.

■ УДК 343.61:616.9+340.62

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОРМ УГОЛОВНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИИ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ЗАРАЖЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И.В. Власюк^{1,2}, Н.С. Верхушина²

¹ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России, г. Хабаровск

²ДВФУ ФГБОУ ВО Российский государственный университет правосудия, г. Хабаровск

E-mail: Vlasuik1971@mail.ru

THE HISTORY OF THE RUSSIAN CRIMINAL LAW PROVISIONS ON LIABILITY FOR INFECTING WITH VENEREAL DISEASES AND HIV

I.V. Vlasuik^{1,2}, N.S. Verhushina²

¹Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

²Russian Academy of Justice, Far Eastern Branch, Khabarovsk

На основании исследования норм уголовного законодательства за период XVII–XX вв. и начала XXI в. прослежены уголовно-правовые аспекты противодействия распространению ВИЧ-инфекции и венерических заболеваний, проведен историко-правовой анализ развития уголовного законодательства об ответственности за распространение ВИЧ-инфекции и венерических заболеваний.

Ключевые слова: венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, уголовная ответственность, преступления против здоровья.

Based on the study of criminal law for the period of from XVII the beginning of XXI centuries, traced the criminal and legal aspects of countering the spread of HIV and sexually transmitted diseases, carried out historical and legal analysis of the criminal legislation on responsibility for the spread of HIV and sexually transmitted diseases.

Key words: sexually transmitted diseases, HIV infection, criminal liability, crime against health.

В настоящее время мир переживает пандемию венерических заболеваний и ВИЧ-инфекции, которая вследствие длительного течения заболевания и неизбежного смертельного исхода наносит человечеству серьезнейший ущерб.

Ухудшение социально-экономических условий общества в начале 90-х гг. прошлого столетия и переход к рыночной экономике привели к изменению структуры смертности и к стремительному распространению социально значимых заболеваний в Российской Федерации [1, 2]. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Российской Федерации развивалась на фоне высоких показателей заболеваемости венерическими заболеваниями, инфек-

циями, передающимися половым путем, наркоманией и туберкулезом.

Социальная опасность венерических болезней определяется широтой их распространения и тяжелыми последствиями для здоровья заболевших и их потомков.

Среди причин широкого распространения венерических заболеваний выделяются такие как: бытовое пьянство и наркомания, низкая общая культура поведения людей, профессиональная коммерциализация интимных услуг, более раннее по сравнению с прошлыми десятилетиями начало сексуальной активности среди молодежи, половая распущенность, практика интимной жизни вне супружеских отношений, ослабление традиционных

норм и запретов, морали и нравственности, нежелание обращаться к врачу за диагностикой и лечением.

В настоящее время случаи заболевания зарегистрированы на всей территории России. Пораженность ВИЧ-инфекцией на 31 декабря 2014 г. составляла 494,6 на 100 тыс. населения России. К наиболее пораженным субъектам Российской Федерации относятся: Иркутская (зарегистрировано 1438,6 живущих с ВИЧ на 100 тыс. населения), Свердловская (1391,1), Самарская (1337,7), Кемеровская (1295,1), Оренбургская (1068,0), Ленинградская (1057,0) области, Ханты-Мансийский автономный округ (1033,7), г. Санкт-Петербург (916,8), Тюменская (876,4), Челябинская (850,7), Ульяновская (828,6) области, Республика Крым (808,1), Новосибирская область (783,0), Пермский (756,9), Алтайский (667,1) края, Ивановская (633,8), Тверская (629,3) области, Красноярский край (628,2), Курганская (571,2), Мурманская (559,3), Калининградская (554,1), Московская (541,6) области, г. Севастополь (529,6). В этих регионах ранее сформировался большой резервуар инфекции среди потребителей наркотических препаратов [12].

В связи с тем, что обследуется на ВИЧ только часть населения, реальное количество инфицированных ВИЧ значительно превышает официально зарегистрированные показатели.

Каждому человеку основным законом Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья (ст. 41 Конституции РФ). Это право реализуется путем проведения комплекса профилактических мероприятий, обеспечения человека квалифицированной медицинской помощью, имеющих своей целью предотвращение заболеваний человека, создание благоприятных условий для его жизнедеятельности.

Наряду с этим несомненно, что предупреждение распространения опасных инфекционных заболеваний должно подкрепляться жесткими государственно-властными мерами. Среди таких мер чрезвычайное значение имеют уголовно-правовые средства противодействия распространению опасных инфекционных заболеваний человека. В числе таких средств стоят предписания уголовного закона о наказуемости заражения ВИЧ-инфекцией и венерическими заболеваниями.

Обращаясь к истории развития норм уголовного законодательства России об ответственности за заражение венерической болезнью и ВИЧ-инфекцией, невозможно умалять значение прошлой деятельности отечественных законодателей в этой области. Изучение исторического опыта дает возможность лучше понять многие правовые аспекты действующего законодательства и дать им уголовно-правовую оценку.

В дореволюционных отечественных правовых нормах упоминается о запретах распространения болезней, "происходящих от неопотребства", т.е. венерических заболеваний. Так, Российская империя в рамках борьбы с распространением венерических заболеваний отвела единственную уголовно-правовую норму – статья № 103 Устава о наказаниях, налагаемых мировыми судьями, в соответствии с которой виновные "за сообщение другим происходящей от неопотребства заразительной бо-

лезни" подвергались "аресту не свыше двух месяцев, или денежному взысканию не свыше двухсот рублей" [13].

В официальных разъяснениях к ст. 103 Устава о наказаниях, налагаемых мировыми судьями, Б.В. Виленский поясняет, что "к ведению мировых судей на основании данной статьи относились лишь специальные случаи – при передаче здоровому человеку заразной болезни, происходящей именно от неопотребства". Так же Б.В. Виленский дает пояснение "непотребству" – это "необходимое зло и запрещается лишь в том случае, если не согласуется с полицейскими распоряжениями". В довершение всего преследование виновных осуществлялось в порядке частного обвинения [16].

Следует обратить внимание на то, что виды происходящих от неопотребства болезней упоминаются лишь в научных комментариях, потому как не перечисляются в уголовном законодательстве вовсе.

Так упоминает о сифилисе Н.С. Таганцев, когда излагает, в каких случаях применяется ст. 102 Устава о наказаниях, налагаемых мировыми судьями. Действия субъектов подлежат квалификации лишь в том случае, когда в полной мере не исполняется регламент о содержании домов терпимости и правила предосторожности "против распространения сифилитической болезни допущением находящейся в доме больной женщины продолжать свой промысел" [16].

В советском периоде борьба с венерическими заболеваниями началась с важного этапа – привлечения общественности к этой проблематике. Так, 1921 год был ознаменован открытием Государственного венерологического института в г. Москве.

Необходимость в криминализации преступного заражения венерической болезнью приходит достаточно быстро, и уже в первом Уголовном кодексе РСФСР от 1 июля 1922 г., в ст. 155 устанавливается уголовная ответственность "за заведомое заражение другого лица тяжелой венерической болезнью". Данное деяние наказывалось лишением свободы на срок до трех лет [14]. Безусловно, в данном историческом периоде эти меры были справедливо обусловлены уголовно-правовой политикой советского государства.

С течением времени практика применения ст. 155 УК РСФСР дала понять, что установление уголовной ответственности только за фактическое заражение венерическими болезнями в полной мере не выполняло своих превентивных функций.

По этой причине Уголовный кодекс РСФСР 6 августа 1926 г. был дополнен ст. 155-а [4]. Эта норма была направлена против лиц, которые страдали венерическим заболеванием и вели беспорядочный образ половой жизни. Как показала практика, усиление мер уголовно-правового характера в борьбе с венерическими заболеваниями в будущем даст свои положительные плоды.

Вскоре, с принятием нового Уголовного кодекса РСФСР 1926 г., статьи 155 и 155-а были изменены и объединены в ст. 150.

Статья 150 нового УК РСФСР 1926 г. состояла из двух частей. Так, ст. 150 главы 6 "Преступления против жиз-

ни, здоровья, свободы и достоинства личности” гласила: “Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, – лишение свободы на срок до 3-х лет. Заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью, – лишение свободы или исправительно-трудовые работы на срок до шести месяцев” [11].

Из этого следует, что уголовная ответственность по ч. 1 ст. 150 в виде лишения свободы на срок до трех лет наступала только в том случае, если лицо знало о наличии у него венерической болезни. Поэтому ясного предвидения самого заражения не требовалось, а было достаточно, на основе знания о наличии венерической болезни, лишь предвидения в общих чертах возможности заражения.

Великая Отечественная война сыграла не лучшую роль и привела к новым всплескам венерических заболеваний. Этот факт стал весомым аргументом в пользу изменения уголовно-правовой нормы, которая регламентирует ответственность за заражение венерической болезнью. Данные изменения отобразились в Уголовном кодексе РСФСР 1960 г. в ст. 115 [15].

Следует отметить тот факт, что Уголовный кодекс РСФСР 1960 г. содержал расширенный перечень уголовно-правовых запретов распространения инфекционных и иных болезней.

Норма об ответственности за заражение венерической болезнью помещена законодателем в главу 3 “Преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности”. Субъектом преступления могло быть лицо, достигшее 16-летнего возраста.

Часть 1 ст. 115 УК РСФСР 1960 г. установила ответственность за “заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью – наказывается лишением свободы на срок до двух лет, или исправительными работами на срок до 1 года, или штрафом до 100 рублей”. Проанализировав данную часть статьи, не трудно сделать выводы о том, что санкция стала существенно строже по сравнению с санкцией ч. 2 ст. 150 УК РСФСР 1926 г., которая назначала лишение свободы или исправительно-трудовые работы на срок до шести месяцев.

Безусловно, такие меры законодателя вполне обоснованы и соразмерны характеру и степени общественной опасности преступления, связанного с заражением венерической болезнью.

Санкция же ч. 2 ст. 115 УК РСФСР 1960 г. по сравнению с санкцией ч. 2 ст. 150 УК РСФСР 1926 г. не изменилась. Предположительно, законодателя устраивала ее эффективность.

Особого внимания заслуживает впервые установленная уголовная ответственность за квалифицированные виды заражения другого лица, которое знало о наличии у него данной болезни. Эти изменения нашли свое отражение в ч. 3 ст. 115 УК РСФСР 1960 г.

Так, квалифицирующие обстоятельства касались

субъекта преступления – ранее судимое за заражение другого лица венерической болезнью, – наказывалось лишением свободы на срок до пяти лет. Такому же наказанию подвергалось лицо, заразившее венерической болезнью двух или более лиц, либо несовершеннолетнего – квалифицирующие обстоятельства относятся к последствиям преступления.

Введение советским законодателем квалифицирующих признаков указывает на большую социальную важность борьбы с распространением венерических заболеваний на территории страны, и лишней раз заостряет внимание особой общественной опасности данного вида преступления.

Для объективной оценки уголовно-правовых запретов заражения венерической болезнью важное значение имеет и норма, предусмотренная ст. 115-1 УК РСФСР 1960 г., в соответствии с которой лишением свободы на срок до двух лет или исправительными работами до одного года или штрафом до ста рублей наказывалось уклонение от лечения венерической болезни, продолжаемое после предупреждения, сделанного органами здравоохранения [3]. Из этого следует, что советский законодатель увеличивает круг лиц, больных венерической болезнью, которые подлежали уголовной ответственности, что было предельно обосновано.

По прошествии времени в связи с широким развитием венерологии и обнаружением новых венерических заболеваний уголовно-правовые нормы, которые регламентировали ответственность за заражение венерической болезнью, были изменены.

Одним из первых нормативных правовых актов, касающихся проблемы распространения ВИЧ, был Приказ Минздрава СССР от 10 июня 1985 г. N 776 “Об организации поиска больных СПИД и контроле доноров на наличие возбудителя СПИД”. Следует отметить, что данный Приказ был издан еще до появления первого инфицированного ВИЧ гражданина СССР и предусматривал ряд превентивных мер в системе здравоохранения. Законодательное регулирование было введено в 1987 г. после появления первого больного.

Так, 31 августа 1987 г. ст. 115 была дополнена ст. 115-2 – заражение ВИЧ-инфекцией, с лишением свободы на срок до пяти лет (ч. 1) и заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, с лишением свободы на срок до восьми лет (ч. 2) [2].

Следующим нормативным правовым актом был Приказ Минздрава СССР от 4 сентября 1987 г. N 1002 “О мерах профилактики заражения вирусом СПИД” [7]. Он имел силу закона и вводил ряд норм, направленных на предотвращение распространения инфекции среди населения. Указанные нормы носили преимущественно административный характер и были связаны с ограничением прав лиц различных групп в интересах общества в целом. В частности, вводилось обязательное освидетельствование на наличие ВИЧ для определенных категорий граждан, лиц без гражданства и иностранцев. При наличии оснований предполагать, что лицо заражено ВИЧ, и уклонении его от освидетельствования, лицо мог-

ло быть доставлено в лечебное учреждение сотрудниками органов внутренних дел. Предусматривалась уголовная ответственность лица, знавшего о наличии у него заболевания СПИД, за заведомое поставление в опасность заражения и заражение СПИДом в виде лишения свободы на срок до 5 и 8 лет соответственно.

Данные шаги привели к ужесточению санкции ст. 115 УК РСФСР 1960 г., что в итоге привело к существенному снижению заболеваемости указанными болезнями по сравнению с началом XX века.

В продолжение совершенствования законодательства 23 апреля 1990 г. был принят Закон СССР "О профилактике заболевания СПИД", рассматривающий ситуацию распространения ВИЧ-инфекции как социальное явление и впервые в СССР вводящий систему правовых гарантий и льгот [7].

Декларировалось право на медицинскую и социальную помощь. В частности, предусматривались бесплатный проезд к месту лечения и обратно, бесплатный отпуск лекарств для лечения в амбулаторных условиях; совместное пребывание родителей или лиц, их заменяющих, в стационарах с малолетними детьми (до 14 лет) с освобождением от работы на срок пребывания и выплаты по месту работы на это время пособия по временной нетрудоспособности. Также не допускалось увольнение с работы, отказ в приеме на работу, приеме в лечебные и учебные заведения, приеме детей в детские дошкольные учреждения, а также ущемление иных прав и ограничение законных интересов лиц только на основании того, что они являются вирусоносителями или больными СПИДом; не допускалось ущемление жилищных и иных прав и законных интересов родных и близких инфицированного; предусматривалось пенсионное обеспечение гражданам СССР, в случае если заражение ВИЧ произошло по вине медицинских работников.

Кроме того, в Законе СССР "О профилактике заболевания СПИД" были сохранены нормы об обязательном освидетельствовании, уголовной ответственности за заведомое поставление в опасность заражения и заражение СПИДом лицом, знавшим о наличии у него ВИЧ-инфекции, выдворении иностранных граждан и лиц без гражданства при отказе от освидетельствования. Вводилась норма об обязательном профилактическом наблюдении за ВИЧ-инфицированными. В ключе демократических преобразований, происходивших в обществе в то время, Закон предусматривал применение медицинских мер принудительного характера лишь с санкции прокурора. Была предусмотрена и возможность административного либо судебного обжалования.

Между тем правоотношения, связанные с ВИЧ-инфекцией, как и любые другие, характеризуются множественностью законодательных и подзаконных актов, осуществляющих нормативное регулирование.

Основным документом, который регулировал правоотношения в сфере здравоохранения, являлись Основы законодательства об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 [3]. Данный законодательный акт создавал правовое поле для деятельности по оказанию медицинской помощи гражданам. Однако Основы зако-

нодательства об охране здоровья граждан не выделили в качестве отдельного предмета регулирования отношения, возникающие при ВИЧ-инфицированности. В то же время ст. ст. 41 и 42 Основ законодательства об охране здоровья граждан вводился правовой режим дополнительных гарантий для лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями и болезнями, представляющими опасность для окружающих.

Урегулировать этот пробел был призван принятый в 1995 г. и действующий по настоящее время Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ (ред. от 31.12.2014, с изм. от 12.03.2015) "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" [18].

И только почти через 10 лет Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 были утверждены Перечень социально значимых заболеваний и Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В Перечни вошла и "болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)" [8].

Таким образом, система правового регулирования заражения венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекциями прошла длительный путь преобразований. Как показал исторический анализ преступного заражения, система уголовно-правовых запретов распространения инфекционных и венерических болезней человека и уголовная ответственность за подобные деяния с течением времени прогрессивно изменялась, с одной стороны расширялся перечень наказаний, с другой – ужесточались их виды.

Литература

1. Бабенко А.И., Новоселов В.П., Никифоров Д.Б. и др. Этапы оценки патологической пораженности населения по материалам вскрытия умерших в бюро судебно-медицинской экспертизы (на примере Новосибирской области) // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 2. – С. 11–15.
2. Акопов В.И. Особенности изменений структуры смертности на современном этапе по данным судебно-медицинской службы // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 9–11.
3. Комментарий к Уголовному кодексу РСФСР / под ред. Ю.Д. Северина. – М.: Юрид. лит., 1980. – С. 245.
4. О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс РСФСР и другие законодательные акты РСФСР: Указ Президиума ВС РСФСР от 31.08.1987 // Ведомости ВС РСФСР. – 1987. – № 36.
5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 // Ведомости СНД и ВС РФ. – 19.08.1993. – № 33, ст. 1318. – (Документ утратил силу).
6. Постановление ВЦИК от 22.11.1926 "О введении в действие Уголовного Кодекса РСФСР редакции 1926 года" (вместе с "Уголовным Кодексом РСФСР") // СУ РСФСР. – 1926. – № 80, ст. 600.
7. Постановление ВС СССР от 23.04.1990 № 1448-1 "О порядке введения в действие Закона СССР "О профилактике заболевания СПИД" // Свод законов СССР. – 1990 г. – Т. 3, ст. 132-8. – (Документ утратил силу).
8. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 "Об утверждении Перечня социально значимых заболеваний и Перечня заболеваний, представляющих опас-

- ность для окружающих" // Собрание законодательства РФ. – 06.12.2004. – № 49, ст. 4916.
9. Приказ Минздрава СССР от 4 сентября 1987 г. № 1002 "О мерах профилактики заражения вирусом СПИД".
 10. Свод законов РСФСР. Т. 1–9 / Президиум Верховного Совета РСФСР, Совет Министров РСФСР; комиссия по изданию Свода законов РСФСР; В.А. Аболенцев и др. – М. : Советская Россия, 1983. – Т. 8. – С. 497.
 11. Систематизированный текст общесоюзных уголовных законов и уголовных кодексов союзных республик. – М. : Юридическое издательство Министерства юстиции СССР, 1948. – 543 с.
 12. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://hivruussia.ru/files/spravkaHIV2014.pdf>.
 13. Судебные уставы императора Александра II. Устав о наказаниях, налагаемых мировыми судьями с дополнениями по 1 января 1885 г. [Электронный ресурс] / издан Н.С. Таганцевым. – СПб. : Тип. М.М. Стасюлевича, 1885. – 382 с. – URL: www.znaniium.com/catalog.php?bookinfo=505655.
 14. Уголовный кодекс РСФСР 1922 года // СУ РСФСР. – 1922. – № 15.
 15. Уголовный кодекс РСФСР (утв. ВС РСФСР 27.10.1960) / ред. от 30.07.1996.
 16. Устав о наказаниях, налагаемых мировыми судьями // Российское законодательство X–XX веков. – М. : Юрид. лит., 1991. – Т. 8. Судебная реформа / отв. ред. тома Б.В. Виленский. – С. 447.
 17. Устав о наказаниях, налагаемых мировыми судьями. Издание 1885 г. С дополнениями по продолжению 1902 г., с приложением мотивов и извлечений из решений Кассационных департаментом Сената // Н.С. Таганцев. – 16-е изд-е, дополненное. – СПб. : Типография Товарищества печатного станка, 1907. – С. 258.
 18. Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ (ред. от 31.12.2014, с изм. от 12.03.2015) // Собрание законодательства РФ. – 03.04.1995. – № 14, ст. 1212.

Поступила 16.09.2015

Сведения об авторах

Власюк Игорь Валентинович, к.м.н., доцент кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО ДВГМУ, профессор кафедры уголовного права ДВФ ФГБОУВО "РГУП".

Адрес: 680013, г. Хабаровск, ул. Служебная, д. 3, кв. 56.

E-mail: Vlasuik1971@mail.ru.

Верхушина Нина Сергеевна, студентка 5-го курса Дальневосточного филиала ФГБОУ ВО "Российский государственный университет правосудия" (г. Хабаровск).

Адрес: 680014, г. Хабаровск, Восточное шоссе, 49.

E-mail: ninele_92@mail.ru.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЭКСПЕРТУ

■ УДК 340.6

К ВОПРОСУ ОБ ИДЕНТИФИКАЦИИ ОРУДИЯ ТРАВМЫ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЯХ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Ю.В. Солодун, И.В. Алексеев

Иркутский государственный медицинский университет
E-mail: vera200450@mail.ru

ABOUT IDENTIFICATION OF GUN INJURIES IN MULTIPLE STAB DEATH WOUNDS

Y.V. Solodun, I.V. Alekseev

The Irkutsk State Medical University

В статье дается оценка признаков повреждения с целью криминалистической (судебно-медицинской) идентификации орудия травмы при множественных колото-резаных ранениях, нанесенных одному человеку разными ножами.

Ключевые слова: колюще-режущие предметы, медико-криминалистическая идентификация, острые орудия, судебно-медицинская экспертиза.

The forensic medical identification of the sharp injuring object has been exemplified. One person was multiply wounded by different knives.

Key words: sharp criminal weapons, thrust-cutting objects, medical and forensic identification, forensic medical examination.

Судебно-медицинская идентификация орудий, причинивших механические повреждения, представляет из себя сложный, порой наукоемкий процесс в практике медико-криминалистических отделений бюро судебно-медицинской экспертизы. В целом идентификация – распространенный прием изучения объектов материального мира в различных отраслях знаний, затрагивающий преимущественно криминалистическую идентификацию в правоохранительной практике. Общую основу для любого вида идентификации составляет положение об индивидуальности явлений, процессов, предметов, внешнего строения твердых тел [1, с. 94].

Острые предметы (орудия, оружие) относятся к твердым телам, которыми может быть травмирован человек, а повреждения острыми орудиями занимают четвертое место среди механических травм после дорожно-транспортных происшествий, повреждений тупыми предметами и падений, их доля составляет 13,5% [2, с. 256]. Общие принципы идентификации повреждений описаны в различных руководствах, в частности подробный алгоритм оценки повреждений в зависимости от особенностей взаимодействия предметов с телом человека

описан В.Л. Поповым с соавторами [3, с. 238, с. 397–415].

В случае причинения вреда здоровью человека или смерти острыми предметами, одним из обстоятельств, требующих объективизации в рамках проводимых следственных действий, является установление возможности нанесения повреждений конкретным экземпляром острого орудия (оружия). Отделения медицинской криминалистики наиболее часто выполняют экспертные задания, касающиеся исследования повреждений одежды и тела, причиненных колюще-режущими орудиями, среди которых преобладают повреждения, причиненные клинковыми орудиями (оружием) [4, 5]. Основной целью судебно-медицинской экспертизы повреждений, возникших от воздействия таких предметов, является решение двух задач: определение механизма и условий образования повреждений; идентификация орудия травмы [1, с. 3].

В контексте сказанного приводится случай из экспертной практики, позволяющий всесторонне, в рамках экспертного задания осуществить медико-криминалистическую идентификацию орудия травмы.

Согласно обстоятельствам дела, на обнаруженном возле водоема труп имелись множественные колото-резанные повреждения. В результате проведения оперативно-розыскных мероприятий были установлены два подозреваемых, которым в дальнейшем было предъявлено обвинение в совершении преступления, предусмотренного п. "ж" ч. 2 ст. 105 УК РФ (убийство, совершенное группой лиц).

В процессе расследования обвиняемые сознались в причинении потерпевшему множественных ранений, которые они наносили разными ножами в различные области тела. При осмотре места происшествия, которое происходило в деревянном доме дачного поселка, предполагаемые орудия преступления были обнаружены и приобщены к уголовному делу. Ими оказались нож бытовой, обозначенный в ходе выемки как "кухонный", и нож, обозначенный как "охотничий".

При проверке показаний подозреваемых на месте было установлено, что один из преступников наносил удары потерпевшему "охотничьим" ножом в область передней поверхности грудной клетки слева, а другой "кухонным" ножом в область задней поверхности груди справа. При этом второй нападавший пояснил, что действовал по принуждению первого с целью "добить" жертву, поэтому удары в спину наносил уже лежавшему потерпевшему с незначительной силой "без замаха".

При исследовании трупа были установлены следующие повреждения: множественные (36) колото-резанные раны с кровоизлияниями по ходу раневых каналов (рис. 1), среди которых:

- А. 26 проникающих колото-резаных ранений передней поверхности груди слева (А), 22 из них – с повреждением левого легкого и четыре – с повреждением сердца. В исследовательской части экспертом были отмечены однотипные групповые признаки ран (веретенообразная форма, острые и "П"-образные концы, относительно одинаковая длина – от 2 см до 2,5 см). Преимущественное направление раневых каналов спереди назад, слева направо, несколько сверху вниз. Данные колото-резаные ранения грудной клетки как в совокупности, так и каждое в отдельности были оценены экспертом как причинившие тяжкий вред здоровью, опасный для жизни.
- Б. 10 непроникающих колото-резаных ран задней поверхности груди справа. Групповые признаки ран также имели однотипные характеристики (веретенообразная форма, острые и "П"-образные концы, относительно одинаковая длина – от 1 см до 1,5 см). Преимущественное направление раневых каналов сзади наперед, справа налево, несколько сверху вниз. Учитывая глубину раневых каналов (не более 3 см), данные колото-резаные раны у живых лиц, при неосложненных процессах заживления и благоприятном исходе, эксперт оценил как причинившие легкий вред здоровью по признаку длительности его расстройства сроком менее трех недель (21 дня).

Смерть потерпевшего наступила от 26 проникающих колото-резаных ранений передней поверхности груди слева с повреждением легкого и сердца и развитием

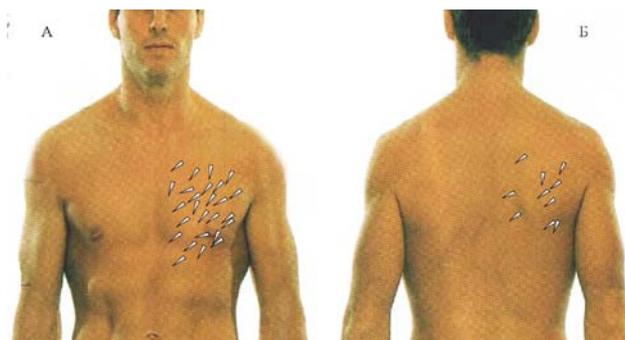


Рис. 1. Схема расположения колото-резаных ран на теле потерпевшего: а) проникающие раны; б) не проникающие раны

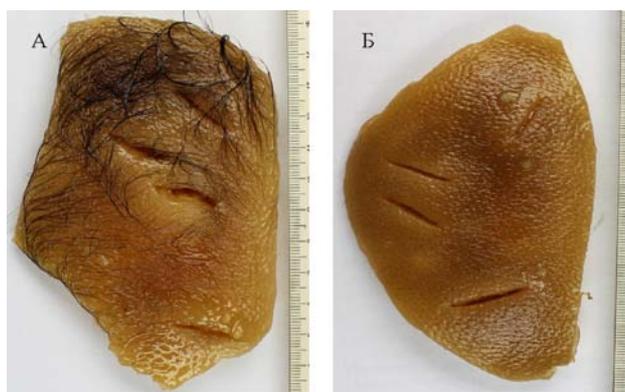


Рис. 2. Общий вид представленных на экспертизу кожных лоскутов: а) с передней поверхности груди слева; б) с задней поверхности груди справа

обильной кровопотери (1200 мл крови в левой плевральной полости и 100 мл – в сердечной сорочке).

Для дополнительного исследования экспертом от трупа были изъяты два кожных лоскута с частью повреждений из области передней поверхности груди слева и задней поверхности груди справа. С целью проведения сравнительной экспертизы кожные лоскуты и ножи были направлены следователем в отделение медицинской криминалистики (ОМК) ОБСМЭ.

На разрешение эксперта ОМК были поставлены следующие вопросы:

1. Каков характер повреждений, имеющих на представленных кожных лоскутах?
2. Могли ли образоваться данные повреждения от воздействия ножей, представленных на экспертизу?

В распоряжение эксперта были предоставлены два кожных лоскута с передней поверхности груди слева и задней поверхности груди справа (рис. 2), а также два ножа (рис. 3 и 4).

В ходе исследования было установлено:

1. Кожный лоскут с маркировкой "раны с передней поверхности груди слева" (рис. 2а) 120х90 мм покрыт темно-русыми волосами. На нем расположено четыре сквозных (относительно толщины кожного лоскута) криволинейных и веретенообразных поврежде-



Рис. 3. "Охотничий нож": а) общий вид; б) вид со стороны обуха



Рис. 4. Нож "кухонный": а) общий вид; б) вид со стороны обуха

ния, длиной от 21 мм до 26 мм. Края повреждений ровные, сопоставимые. Стенки каналов ровные, скошенные и отвесные. На стенках двух из поврежденных при микроскопии обнаружены множественные серые пылевидные с металлическим блеском микрочастицы. Концы повреждений, направленные влево, "тупые": у двух повреждений – неправильной "М"-образной формы, у двух других – неправильной "П"-образной формы. Ширина "тупых" концов 1,5–2,5 мм. Противоположные концы остроугольной формы, у двух концов имеется надрыв. У одного из "тупых" концов повреждение искривляется в виде "ступеньки".

Таким образом, данные повреждения имеют колото-резаный характер и образовались от четырехкратного воздействия плоского колюще-режущего предмета, имеющего острую режущую кромку (лезвие) и обух. Ширина клинка на уровне слеодообразования 21–26 мм, ширина обуха 1,5–2,5 мм.

2. Кожный лоскут с маркировкой "раны с задней поверхности груди справа" (рис. 2б) серого цвета 134x76 мм. На нем расположено четыре сквозных (относительно толщины кожного лоскута) веретенообразных повреждения длиной от 11 мм до 14 мм. Края повреждений ровные, сопоставимые. Стенки каналов повреждений ровные, скошенные и отвесные, хорошо сопоставимые. Концы повреждений, направленные вправо, "тупые": у трех повреждений – неправильной "М"-образной формы, у одного повреждения – неправильной "П"-образной формы.

Ширина "тупых" концов около 1 мм. Противоположные концы остроугольной формы.

Таким образом, оцененные повреждения имеют колото-резаный характер и образовались от четырехкратного воздействия плоского колюще-режущего предмета, имеющего острую режущую кромку (лезвие) и обух. Ширина клинка на уровне слеодообразования 11–14 мм, ширина обуха 1–1,3 мм.

3. Объектом исследования является нож "охотничий" (рис. 3), клинок которого изготовлен из металла темно-серого цвета, имеет защитное серебристое покрытие, легко снимающееся при трении или поскобливании. Защитное покрытие у острия и по лезвию нарушено. Клинок имеет рельефные извитые узоры, односторонне острый, искривлен у колющего конца вправо. Клинок однолезвийный. Заточка лезвия слабо выражена. Лезвие имеет скос, у рукояти лезвие переходит в незаточенную часть длиной 28 мм. Обух клинка "П"-образной формы, имеет вогнутый скос со сточенным ребром. Обух и лезвие, встречаясь под острым углом, образуют колющий конец. Рукоять ножа фигурная, выполнена из соединенных между собой серых и коричневых уплощенных цилиндров, соединена с клинком всадным способом. Между клинком и рукоятью имеется серый металлический ограничитель. Длина рукояти 125 мм, наибольшая ширина 30 мм, толщина 22 мм.

Размеры ножа (в мм): общая длина 258 мм, длина клинка в средней части 132 мм, ширина обуха (вместе со сточенным ребром) от 1,5 мм до 4 мм.

4. Объектом исследования является нож (рис. 4), обозначенный как "кухонный", хозяйственно-бытового назначения, заводского изготовления, бывший в эксплуатации. Клинок прямой, из серого блестящего металла, однолезвийный с двусторонней заточкой лезвия шириной до 2 мм. Лезвие относительно острое, имеет плавный скос. Обух клинка "П"-образной формы, с зазорами и завалами металла, имеет скос. Обух и лезвие, встречаясь под острым углом, образуют колющий конец. На одной из поверхностей клинка имеется слабозаметная фабричная надпись: "нерж ц 1 р". Рукоять ножа в сечении овальной формы, с продольной выемкой по всему длиннику, изготовлена из синего полимерного материала, соединена с клинком всадным способом. Длина рукояти 126 мм, наибольшая ширина – 26 мм, толщина – 11 мм.

Размеры ножа (в мм): общая длина 298 мм, длина клинка в средней части 173 мм, ширина обуха около 1,3 мм.

Таблица 1

Ширина клинка через 1 см от острого колющего конца		
1 см – 8,0 мм	5 см – 24,1 мм	10 см – 30,8 мм
2 см – 12,0 мм	6 см – 26,9 мм	11 см – 33,5 мм
3 см – 16,2 мм	7 см – 29,3 мм	12 см – 31,8 мм
4 см – 20,3 мм	8 см – 31,0 мм	13 см – 29,9 мм
	9 см – 30,0 мм	

Таблица 2

Ширина клинка через 1 см от острого колющего конца			
1 см – 6,5 мм	5 см – 16,2 мм	9 см – 17,2 мм	13 см – 18,3 мм
2 см – 11,0 мм	6 см – 16,5 мм	10 см – 17,2 мм	14 см – 19,1 мм
3 см – 14,5 мм	7 см – 16,6 мм	11 см – 17,4 мм	15 см – 20,1 мм
4 см – 15,5 мм	8 см – 17,0 мм	12 см – 17,8 мм	16 см – 22,3 мм
			17 см – 26,8 мм

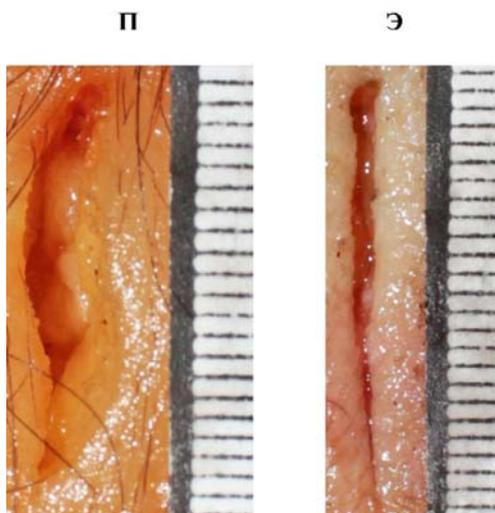


Рис. 5. Одномасштабные снимки одного из подлинных (П) повреждений на кожном лоскуте с передней поверхности груди слева и экспериментального повреждения (Э), нанесенного клинком «охотничьего» ножа. Результат сравнительного исследования положительный

- С целью идентификации травмирующего предмета клинком представленного на экспертизу «охотничьего» ножа наносились экспериментальные повреждения на коже биоманекена. От воздействий клинка ножа на коже биоманекена образовалось 10 сквозных криволинейных и веретенообразных повреждений длиной от 23 мм до 31 мм. Края повреждений ровные, хорошо сопоставимые. Концы от действия лезвия при погружении клинка до незаточенной части «остроугольной» формы, при погружении клинка на уровне незаточенной части – с надрывом. Концы от действия обуха неправильной «П» и «М»-образной формы, у трех повреждений у «тупых» концов повреждение искривляется в виде «ступеньки». Ширина концов от действия обуха около 1,5–2,5 мм. По краям и стенкам части экспериментальных повреждений визуально видны оставленные покрытием клинка множественные наложения пылевидных серых, с металлическим блеском, микрочастиц. При сравнительном исследовании экспериментальных колото-резаных повреждений, нанесенных клинком представленного на экспертизу «охотничьего» ножа, и подлинных колото-резаных повреждений на кожных лоскутах с передней поверхности груди слева были выявлены: сходство (в характере рассечения тканей по длине, морфологии краев, форме кон-

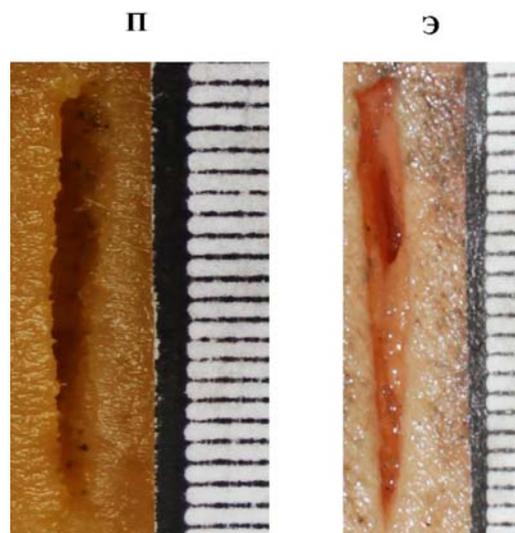


Рис. 6. Одномасштабные снимки одного из подлинных (П) повреждений на кожном лоскуте с задней поверхности груди справа и экспериментального повреждения (Э), нанесенного клинком ножа «кухонного». Результат сравнительного исследования положительный

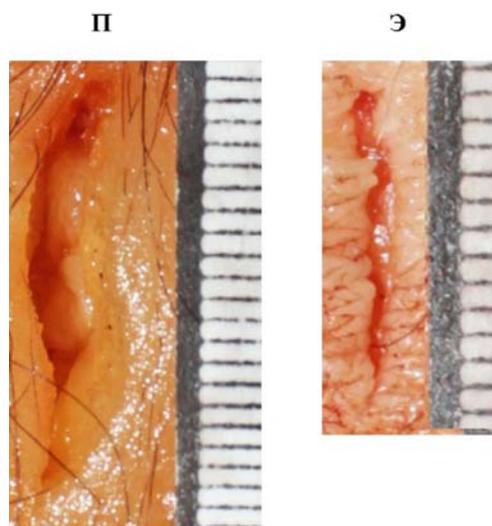


Рис. 7. Одномасштабные снимки подлинного повреждения (П) на кожном лоскуте с передней поверхности груди слева и экспериментального повреждения (Э), нанесенного клинком ножа «кухонного». Результат сравнительного анализа отрицательный

цов, наличии или отсутствии надрыва у «остроугольных» концов, ширине концов от действия обуха); различия, зависящие от условий следообразования (признаны несущественными).

Таким образом, от воздействия клинка представленного на экспертизу «охотничьего» ножа возможно образование колото-резаных повреждений на кожных лоскутах с передней поверхности груди слева (рис. 5).

- С целью идентификации травмирующего предмета «кухонного» ножа наносились экспериментальные повреждения на коже биоманекена. При этом от воз-

действий клинка на коже биоманекена образовалось 10 сквозных веретенообразных повреждений длиной от 10 мм до 25 мм. Края повреждений ровные, хорошо сопоставимые. Концы от действия лезвия при погружении клинка до рукояти “остроугольной” формы. Концы от действия обуха неправильной “П” и “М”-образной формы. Ширина концов от действия обуха около 1 мм.

При сравнительном исследовании экспериментальных колото-резаных повреждений, нанесенных клинком представленного на экспертизу “кухонного” ножа и подлинных колото-резаных повреждений на кожных лоскутах с задней поверхности груди справа были выявлены: сходство (в характере рассечения тканей по длине, морфологии краев, форме концов, ширине концов от действия обуха); различия, зависящие от условий слеодообразования (признаки несущественными).

На основании проведенного сравнительного исследования повреждений не исключается возможность образования колото-резаных ран на кожных лоскутах с задней поверхности груди справа от воздействия клинка “кухонного” ножа, представленного на экспертизу (рис. 6).

7. При сравнительном исследовании экспериментальных колото-резаных повреждений, нанесенных клинком представленного на экспертизу “кухонного” ножа и подлинных колото-резаных повреждений на кожном лоскуте с передней поверхности груди слева были выявлены: сходство (в характере рассечения тканей по длине, морфологии краев, форме концов); различия (в длине повреждений, ширине концов от действия обуха).

На основании проведенного сравнительного исследования полностью исключается возможность образования колото-резаных повреждений на кожном лоскуте с передней поверхности грудной клетки слева от воздействия клинка данного ножа (рис. 7).

При обсуждении полученных результатов экспериментальных исследований были сделаны следующие выводы:

- а) не исключается возможность образования колото-резаных повреждений на кожном лоскуте с передней поверхности груди слева от воздействия клинка “охотничьего” ножа;
- б) не исключается возможность образования колото-резаных повреждений на кожном лоскуте с задней поверхности грудной клетки справа от воздействия клинка ножа “кухонного”;
- в) возможность образования колото-резаных повреждений на кожном лоскуте с передней поверхности грудной клетки слева от воздействия клинка “кухонного” ножа исключена.

Иными словами, 26 колото-резаных повреждений на передней поверхности груди потерпевшего слева могли быть причинены “охотничьим” ножом, а 10 повреждений на задней поверхности груди справа – ножом “ку-

хонным”. При этом была исключена вероятность нанесения ранений с повреждением легкого и сердца представленным на экспертизу “кухонным” ножом.

Исходя из оценки всей совокупности признаков колото-резаных повреждений экспертное заключение, принятое как доказательство, помогло следствию объективно оценить действия обвиняемых.

Согласно Постановлению Пленума Верховного Суда РФ от 27 января 1999 г. № 1 (в редакции от 3 декабря 2009 г.) “О судебной практике по делам об убийстве (ст. 105 УК РФ)”, при квалификации убийства по п. “ж” ч. 2 ст. 105 УК РФ необходимо учитывать содержащееся в ст. 35 УК РФ определение понятия преступления, совершенного группой лиц, группой лиц по предварительному сговору и организованной группой лиц. Убийство признается совершенным группой лиц, когда два или более лица, действуя совместно с умыслом, направленным на совершение убийства, непосредственно участвовали в процессе лишения жизни потерпевшего, применяя к нему насилие. При этом обязательно, чтобы повреждения, повлекшие смерть, были причинены каждым из них. Убийство следует признавать совершенным группой лиц и в том случае, когда в процессе совершения одним лицом действий, направленных на умышленное причинение смерти, к нему с той же целью присоединилось другое лицо (лица).

Литература

1. Медико-криминалистическая идентификация. Настольная книга судебно-медицинского эксперта / под общ. ред. докт. мед. наук, проф. В.В. Томилина. – М.: НОРМА – ИНФРА · М, 2000.
2. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Попов В.Л., Шигеев В.Б., Кузнецов Л.Е. Судебно-медицинская баллистика. – СПб.: Гиппократ, 2002. – С. 238.
4. Шадымов А.Б., Шепелев О.А. Судебно-медицинская оценка колото-резаных ранений груди // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 3. – С. 24–29.
5. Попов В.Л. О понятии “повреждение” в судебной медицине // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 32–35.

Поступила 16.09.2015

Сведения об авторах

Солодун Юрий Владимирович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины с основами правоведения Иркутского государственного медицинского университета, старший советник юстиции (в отставке).

E-mail: vera200450@mail.ru.

Алексеев Игорь Владимирович, к.м.н., доцент по кафедре судебной медицины с основами правоведения Иркутского государственного медицинского университета, врач судебно-медицинский эксперт высшей категории.

E-mail: iv.alexmed@mail.ru.

■ УДК 340.6

ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НОВОРОЖДЕННЫХ

А.Б. Шадымов, М.А. Шадымов, А.А. Шулбаев

КГБУЗ Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы, Барнаул

E-mail: shadimov_akbsme@mail.ru

PROBLEMS OF QUALITY OF FORENSIC EXAMINATIONS OF NEWBORNS

A.B. Shadyrov, M.A. Shadyrov, A.A. Shulbaev

The Altay Regional Bureau of Forensic Medicine, Barnaul

Целью данной работы стало получение объективного представления о количестве и качестве проведения экспертиз новорожденных по данным судебно-медицинского морга г. Барнаула. Сопоставлен объем проведенных исследований и проб при проведении судебно-медицинских экспертиз трупов новорожденных в Барнаульском морге АКБ СМЭ с объемом минимальных требований, утвержденных приказом Минздравсоцразвития. Выявлены методические и правовые недоработки в данной судебно-медицинской проблеме.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, новорожденные дети, методика, нормативы.

The aim of this paper was to obtain an objective data on the quantity and quality of the examinations of newborns performed in forensic morgue of Barnaul. The volume of studies and tests during forensic medical examinations of newborn corpses was compared with the amount of the minimum requirements, approved by the order of the Health Ministry. Methodological and legal gaps in this forensic field were revealed and discussed.

Key words: forensic examination, newborns, methods, standards.

По-прежнему остается проблематичным решение ряда экспертных вопросов при исследовании трупов [1, 2]. Одним из наиболее технически сложных видов судебно-медицинских экспертиз трупов, безусловно, являются экспертизы новорожденных. В практике морга г. Барнаула они встречаются нечасто. Кроме того, учитывая определенную текучесть кадров танатологического отдела, выработать среди экспертов верный алгоритм проведения подобных экспертиз становится непросто. Все это может явиться причиной возникновения экспертных ошибок или дефектов при данном виде работы, а они, в свою очередь, к необходимости назначения судебно-следственными органами комиссионных экспертиз. В некоторых случаях дефектом первичной экспертизы является ее недостаточность, которая в дальнейшем не позволяет комиссии ответить на вновь поставленные вопросы.

Целью нашей работы стало получение объективного представления о количестве и качестве проведения экспертиз новорожденных, по данным судебно-медицинского морга г. Барнаула.

Для достижения цели стало необходимым сопоставить объем проведенных исследований и проб при проведении судебно-медицинских экспертиз трупов новорожденных в Барнаульском морге Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы с объемом минимальных требований, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ № 346н от 12.05.2010.

По данным архива КГБУЗ Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, используя статистический метод исследования, сотрудники отдела проверки качества Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы и кафедра судебной медицины и права с курсом ФПК и ППС Алтайского государственного медицинского университета провели тотальную про-

верку всех случаев вскрытий трупов новорожденных в Барнаульском морге за 2003–2013 гг. Результатом выборки материалов архива стали 25 экспертиз трупов новорожденных. Все они были проанализированы на предмет полноты и объективности решения обязательных экспертных вопросов.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ № 346н от 12.05.2010 [3], при проведении судебно-медицинской экспертизы новорожденного эксперт обязан ответить на восемь обязательных вопросов:

1. Был ли младенец новорожденным?
2. Был ли младенец доношенным (зрелым)?
3. Какова продолжительность внутриутробной жизни?
4. Родился младенец живым или мертвым?
5. Был ли новорожденный жизнеспособным?
6. Какова продолжительность жизни младенца после рождения?
7. Оказывалась ли младенцу необходимая помощь и осуществлялся ли за ним надлежащий уход?
8. Какова причина смерти?

При определении новорожденности эксперты чаще всего использовали все предложенные приказом критерии, которые являются качественными. При определении зрелости плода, во многом количественной характеристики плода, зачастую во внимание брались не все антропометрические составляющие. Так, определение окружности груди проводилось в 80% экспертиз, определение ширины плечиков – в 76%, определение окружности плеча – в 36%, а окружность бедра была определена лишь в 16%. Одной из важнейших характеристик плода является его живо- или мертворожденность, основными критериями которой считаются легочная и желудочно-кишечная плавательные пробы. Однако даже основные пробы проводятся не всегда: легочная плава-

тельная проба (Галена–Шрейера) проведена в 92% экспертиз, желудочно-кишечная плавательная проба (Бреслау) – в 84%, плавательная проба органов груди и шеи в одном комплексе – лишь в 48%. При определении внутриутробной жизни эксперты в основном довольствуются каким-либо одним из существующих параметров ее определения, что значительно снижает достоверность полученных результатов. В 64% экспертиз не берутся на судебно-гистологическое исследование органы и ткани, входящие в обязательный перечень исследуемых объектов. Во всех случаях проведения неполноценных исследований в Заключениях экспертов отсутствуют какие-либо указания на причины невыполнения экспертных стандартов.

Анализ составления доказательной базы – “Экспертных заключений” – показал, что для большей части судебно-медицинских экспертов является очевидным лишь перечень решаемых вопросов, тогда как понимания их значимости зачастую нет. Из последовательности предлагаемых к решению вопросов, а также отождествлению таких понятий, как доношенность и зрелость, становится ясно, почему складывается такая ситуация. Нет экспертного понимания, какие вопросы являются основными (определяющими), а какие относятся к уточняющим. Логично, что на таком небольшом объекте экспертизы зачастую используются взаимосвязанные признаки, но в одном случае за основу берутся количественные, а в другом – качественные показатели. Неточное понимание определений и понятий каждого из оцениваемых критериев иногда ведет эксперта к ошибкам.

Определяющим (первично значимым) вопросом для врача судебно-медицинского эксперта является подтверждение новорожденности плода, так как это является прямым показанием к выполнению особой методики исследования трупа.

Для следствия наиболее важным является вопрос о живо- или мертворожденности ребенка, так как именно этот факт определяет дальнейшее направление действий правоохранительных органов. Таким образом, это второй по значимости и последовательности экспертный вопрос. Как правило, при его решении эксперты ошибаются редко (хотя степень доказательности не всегда бывает исчерпывающей). Установление мертворожденности фактически лишает смысла все дальнейшие экспертные действия, т.к. с правовой точки зрения она не влечет за собой государственные обвинения в причинении ребенку вреда здоровью или угрозе его жизни. И только в случае подтверждения его живорожденности автоматически наступает признание прав на юридическую защиту его жизни и здоровья. Последний вариант сложившейся ситуации вынуждает эксперта автоматически приступить к решению вопроса о продолжительности внеутробной жизни плода (период времени от момента первого вдоха до наступления смерти). Для этого используются количественные показатели признаков живорожденности для расчета искомых сроков.

В приказе понятия доношенности и зрелости практически отождествляются, что часто приводит врача-эксперта в замешательство, так как ребенок может пробыть в матке положенный срок, но не достичь нормального развития (и наоборот). В этом случае качественным пока-

зателем его способности жить вне утробы матери следует считать зрелость, под которой понимают степень функциональной состоятельности органов и систем новорожденного. Ее устанавливают при детальном анализе состояния органов и систем органов ребенка с привлечением дополнительных методов исследования. Жизнеспособность – это, в первую очередь, отсутствие уродств и пороков развития, несовместимых с жизнью, кроме того, утвержденные законом минимальные количественные показатели степени его физического развития, позволяющие существовать вне организма матери, а, следовательно, требующие от врачей оказания реанимационных мероприятий. Доношенность – это количественный показатель продолжительности внутриутробного развития плода. Доношенным считается ребенок, родившийся при сроке беременности не менее 38 недель.

Устанавливая причину смерти, судебно-медицинскому эксперту приходится не только решать вопрос о внутриутробном или внеутробном ее наступлении, о насильственной или ненасильственной категории, но и устанавливать факт оказания младенцу необходимой помощи и надлежащего ухода, так как они могут существенно повлиять на исход родов.

Таким образом, проведенной проверкой были не только выявлены недостатки ее проведения на уровне одного экспертного подразделения, но и выявлены методические и правовые недоработки в данной судебно-медицинской проблеме.

Литература

1. Акопов В.И. Особенности изменений структуры смертности на современном этапе по данным судебно-медицинской службы // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 9–11.
2. Савченко С.В. Актуальные вопросы экспертной оценки морфологии сердца // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 5–8.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 12 мая 2010 г. N 346н // Российская газета [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rg.ru/2010/08/20/expertiza-dok.html> (дата обращения 10.09.2015).

Поступила 16.09.2015

Сведения об авторах

Шадимов Алексей Борисович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины с основами права ГБОУ ВПО “Алтайский государственный медицинский университет” Минздрава России, заместитель начальника по экспертной работе КГБУЗ “Алтайское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы”.

Адрес: 656038, г. Барнаул, ул. Молодежная, 7.

E-mail: shadimov_akbsme@mail.ru.

Шадимов Михаил Алексеевич, ассистент кафедры судебной медицины с основами права ГБОУ ВПО “Алтайский государственный медицинский университет” Минздрава России.

Адрес: 656038, г. Барнаул, ул. Молодежная, 7.

E-mail: mihailshadimov@yandex.ru.

СЛУЧАИ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ



■ УДК 340.628

СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОГО ДЕФЕКТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И.Е. Лобан, В.Д. Исаков, Ю.В. Назаров, А.Ю. Рылов

СПб ГБУЗ “Бюро судебно-медицинской экспертизы”

E-mail: sudmed@zdrav.spb.ru

CASE OF DETECTION OF HIDDEN DEFECT IN MEDICAL AID

I.E. Loban, V.D. Isakov, Y.V. Nazarov, A.Y. Rylov

Bureau of Forensic Medical Examination, Saint-Petersburg

Представлен случай экспертного выявления инородного тела (катетера) в сердце как следствие ранее допущенного дефекта оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: сердце, инородное тело, медицинская помощь.

The paper presents a case report of the expert identification of foreign body (catheter) in the heart, as a consequence of previously admitted mistake in rendering the medical aid.

Key words: heart, foreign body, medical care.

Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в РФ” № 323-ФЗ от 2011 г. конкретно определил права пациента на получение качественной медицинской помощи и понятие качества медицинской помощи. В порядке реализации требований закона Министерством здравоохранения Российской Федерации издан ряд нормативных правовых документов (порядки, стандарты и др.), регламентирующих критерии качества оказания медицинской помощи с целью повышения ее качества и доступности [1, 2].

Бюро судебно-медицинской экспертизы в силу двойного правового статуса, с одной стороны, как государственного судебно-экспертного, а с другой – как медицинского учреждения, проводит экспертную работу для судов, органов дознания и следствия и одновременно участвует в профилактической работе в сфере здравоохранения путем выявления дефектов оказания медицинской помощи, тем самым содействуя повышению ее качества.

В этой связи интерес представляют любые случаи выявления дефектов оказания медицинской помощи, в том числе тех, которые не успевают проявиться до смерти пациента и носят скрытый характер (например, ятрогенно оставленных в теле пациента инородных тел).

Приводим пример из практики, когда случай дефекта оказания медицинской помощи не был прижизненно диагностирован и был выявлен только при судебно-медицинском исследовании трупа.

Гражданин К., 43 лет, был обнаружен в квартире, лежащим на полу. При внешнем осмотре тела признаков насильственной смерти не установлено.

К моменту поступления в отдел экспертиз трупов Бюро судебно-медицинской экспертизы каких-либо сведений о том, какими заболеваниями страдал гр-н К. при жизни, не имелось, такие сведения отсутствовали и в направлении на судебно-медицинское исследование от следователя.

При исследовании в морге труп мужчины правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 173 см. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Трупные пятна сине-фиолетовые, разлитые, на задней и боковых поверхностях туловища и конечностей, бледнеют при надавливании. Кожные покровы бледные. Лицо, шея и верхняя треть груди резко синюшные. Глаза закрыты. Зрачки диаметром по 0,4 см. Слизистые оболочки глаз, носа, губ и рта без повреждений. Переходная кайма губ серо-синюшная. Дру-

гих особенностей и каких-либо повреждений при наружном исследовании трупа не установлено.

В ходе внутреннего исследования установлено, что в брюшной и плевральной полостях постороннего содержимого нет. Вход в гортань свободен. Голосовая щель зияет. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. В трахее и крупных бронхах сероватая слизь. Слизистая оболочка их серовато-красноватая, тонкая. Легкие на ощупь пушистые. Плевра тонкая, гладкая с множественными точечными темно-красными кровоизлияниями. Масса правого легкого 560 г, левого – 710 г. Ткань легких режется с хрустом, на разрезах серо-красная, поверхности разрезов суховатые с выступающими из просвета сосудов всех калибров серовато-красными тусклыми тромбами. В просвете основного ствола легочной артерии, правой и левой легочной артериях установлены полностью обтурирующие их просвет серовато-красные тромбы (рис. 1), тусклые, скрученные, морщинистые с поверхности, древовидной формы, диаметром до 0,8 см. Внутренняя поверхность аорты желтоватая, с единичными серовато-желтоватыми плоскими атеросклеротическими бляшками, площадь поражения до 10%. Периметр аорты 5 см, расхождение краев на разрезе 3 см.

Околосердечная сумка содержит 10 мл бесцветной прозрачной жидкости, внутренняя поверхность ее гладкая. Сердце массой 420 г, размерами 13,0x12,5x4,5 см. Полости сердца расширены, содержат жидкую темно-красную кровь. Толщина стенки левого желудочка 1,3 см, правого – 0,3 см. Сосочковые и трабекулярные мышцы рельефны. Клапаны сердца полупрозрачные, подвижные.

При исследовании сердца оказалось, что в его правых отделах (предсердии и желудочке) находится инородное тело в виде инкапсулированного за счет обрастания зрелой соединительной тканью и плотно сращенного со стенками правых отделов сердца фрагмента полупрозрачной пластиковой трубки (рис. 2). Такую трубку обычно используют в качестве инфузионного внутрисосудистого катетера для медицинских манипуляций (внутривенных инъекций, переливания крови).

При детальном исследовании отмечено, что катетер имеет общую длину 14 см и диаметр 0,2 см. Он располагается на внутренней поверхности задних стенок правых предсердия и желудочка и плотно с ними спаян. Нижний конец катетера (длиной 7 см) проходит между трабекулярными мышцами стенки правого желудочка и полностью фиксирован в циркулярных разрастаниях плотной белесоватой соединительной ткани (см. рис. 2).

Верхний конец в правом предсердии фиксирован к задней стенке правого предсердия плотной соединительно-тканной перемычкой, которая аналогична соединительно-тканной капсуле, окружающей находящийся в полости правого предсердия отрезок данного катетера длиной 7 см. Каких-либо тромбов, свертков крови в полости сердца, вокруг катетера и в его полости не имеется.

Мышца сердца дрябловатая, на разрезах коричневая, неравномерного кровенаполнения, с единичными со-

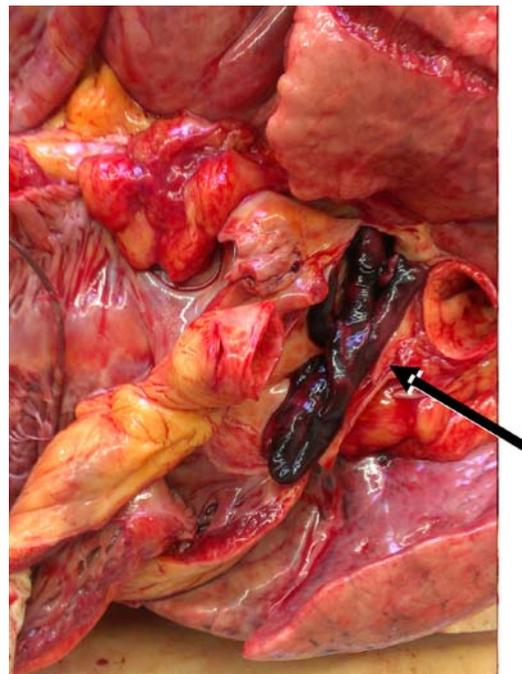


Рис. 1. Тромб в просвете легочной артерии, полностью обтурирующий ее просвет (показан стрелкой)

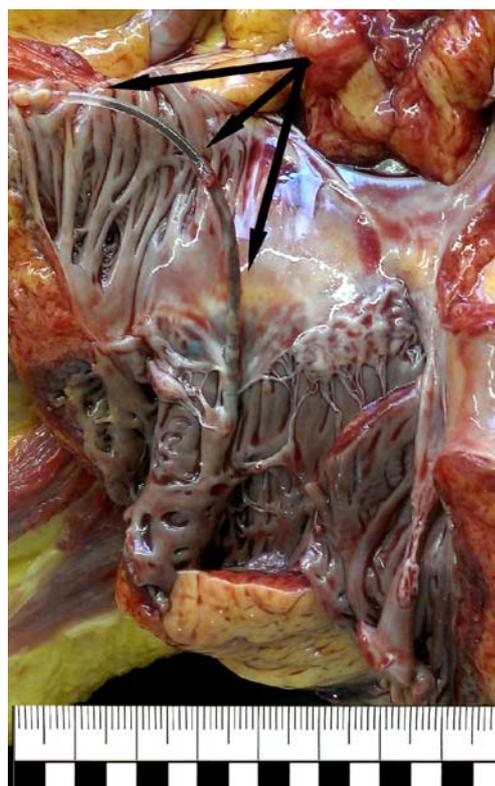


Рис. 2. Фрагмент пластикового внутривенного катетера в правых отделах сердца (места фиксации показаны стрелками)

единительно-тканными белесоватыми прослойками. Венечные артерии с тонкими стенками не сужены. Твердая мозговая оболочка не напряжена, в синусах ее

жидкая темно-красная кровь. Мягкие мозговые оболочки утолщены, белесоватые, влажные, блестящие с расширенными кровью сосудами. Полушария мозга симметричные. Рельеф борозд и извилин не сглажен. Сосуды мозга полупрозрачные, эластичные. На разрезе ткань мозга с хорошо выраженной границей серого и белого вещества, влажная, полнокровная. Желудочки мозга не расширены, содержат прозрачный ликвор. Подкорковые ядра с четкими границами. Сосудистые сплетения полнокровные. Стволовые отделы без кровоизлияний. Мозжечок с симметричными полушариями, на разрезах ткань его с древовидным рисунком.

На поперечных разрезах нижних конечностей в подколенных артериях устанавлены полностью закрывающие их просвет серовато-красноватые, тусклые и морщинистые с поверхности тромбы. Кости свода и основания черепа, грудной клетки, позвоночного столба, таза и конечностей целы. Других особенностей при исследовании трупа не установлено.

По результатам исследования трупа установлено, что причиной смерти явился тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей, который осложнился тромбоэмболией легочной артерии с наличием тромбоэмболов как в основном стволе легочной артерии, так и в ее ветвях крупного и среднего калибра обоих легких.

Со слов родственников, при жизни К. жалоб на состояние здоровья не предъявлял, на боли в сердце не жаловался. Время и обстоятельства попадания катетера в сердце выяснить не удалось.

Представленный случай обнаружения инородного тела в сердце (катетера) как следствие ранее допущенного дефекта оказания медицинской помощи иллюстрирует:

- 1) возможность бессимптомного нахождения инородного тела значительных размеров (14 см) в полости сердца (предсердия и желудочке, проходящим межстворок клапана) длительное время (судя по состоянию соединительно-тканной капсулы – годы);
- 2) необходимость и важность судебно-медицинских исследований трупов (в том числе и скоропостижно умерших) с целью выявления возможных дефектов и дальнейшей профилактики в сфере оказания медицинской помощи населению, повышения ее качества.

Литература

1. Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. Концепция структурирования и взаимосвязи договорных и внедоговорных отно-

шений при оказании медицинских услуг // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 2. – С. 13–16.

2. Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. Качество и безопасность при оказании медицинских услуг // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 48–51.

Поступила 16.09.2015

Сведения об авторах

Лобан Игорь Евгеньевич, д.м.н., начальник Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения “Бюро судебно-медицинской экспертизы”, Санкт-Петербург.

Адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., 10.

E-mail: sudmed@zdrav.spb.ru.

Исаков Владимир Дмитриевич, д.м.н., профессор, заместитель по экспертной работе начальника Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения “Бюро судебно-медицинской экспертизы” (нач. – д.м.н. И.Е. Лобан), Санкт-Петербург.

Адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., 10.

E-mail: profivd@mail.ru.

Назаров Юрий Викторович, к.м.н., заведующий медико-криминалистическим отделением Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения “Бюро судебно-медицинской экспертизы” (нач. – д.м.н. И.Е. Лобан), Санкт-Петербург; ассистент кафедры судебной медицины (зав. – д.м.н. проф. Е.С. Мишин) Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург.

Адрес: 195299, Санкт-Петербург, ул. Черкасова, д. 12, корп. 1, кв. 24.

E-mail: naz532@yandex.ru.

Рылов Александр Юрьевич, врач судебно-медицинского отдела экспертиз трупов Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения “Бюро судебно-медицинской экспертизы” (нач. – д.м.н. И.Е. Лобан).

Адрес: 188836, Лен. обл., Выборгский р-н, п. Приветнинское, Введенская, 10, кв. 5.

E-mail: mko.bsme@yandex.ru.

ЮБИЛЕИ

ЕВГЕНИЙ СТЕПАНОВИЧ МИШИН (К 70-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ) EVGENIY MISHIN (THE 70th ANNIVERSARY)

13 февраля 2015 г. исполнилось 70 лет со дня рождения и 45 лет научной, педагогической и экспертной деятельности заведующего кафедрой судебной медицины, заслуженного работника высшей школы РФ, доктора медицинских наук, профессора Мишина Евгения Степановича.



С 1963 г. жизнь

Е.С. Мишина связана с Ленинградским санитарно-гигиеническим медицинским институтом и Санкт-Петербургской государственной медицинской академией, Северо-Западным государственным медицинским университетом им. И.И. Мечникова, где он прошел путь от студента до заведующего кафедрой судебной медицины. После окончания института с 1969 г. обучался в клинической ординатуре и аспирантуре при кафедре судебной медицины. В 1975 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию по проблеме прижизненного течения странгуляционной асфиксии под руководством члена-корреспондента Международной академии судебной и социальной медицины профессора Нины Михайловны Дементьевой, одной из ведущих судебно-медицинских экспертов СССР.

Научные исследования Е.С. Мишина имеют важное теоретическое и практическое значение в области судебной медицины. Его докторская диссертация «Судебно-медицинская экспертиза удушения петлей» (1997) является единственным крупным научным трудом в истории судебной медицины России. Разработанные Е.С. Мишиным методы диагностики и алгоритмы решения экспертных вопросов при тупой травме шеи используются во многих экспертных учреждениях России и за рубежом. С 1997 г. Е.С. Мишин является заведующим

кафедрой судебной медицины. Под его руководством на кафедре проводятся научные исследования по разработанному им новому направлению – судебно-медицинской диагностике тупой травмы шеи.

Евгений Степанович много внимания уделяет повышению уровня преподавания судебной медицины, методической работе, наглядности обучения, сохранению лучших традиций отечественной школы обучения судебной медицине в системе высшего медицинского образования. При его непосредственном участии на кафедре организованы тематические учебные классы и уникальный музей судебной медицины. В 2003 г. им создан при кафедре первый в России и мире общественный Центр танатологии для проведения научно-просветительской и воспитательной работы по вечно актуальной теме жизни и смерти, на базе которого постоянно проводятся экскурсии и организовано более 20 выставок и инсталляций.

Е.С. Мишин проводит большую работу по патриотическому и нравственному воспитанию студентов. Он активно участвует в возрождении лучших традиций стройотрядовского движения, в котором в течение 17 лет занимался медицинским обеспечением работы стройотрядов в должностях главного санитарного врача и инспектора Ленинградского штаба студенческих отрядов при ОК ВЛКСМ, возглавлял медицинскую службу районных и зональных отрядов.

За время работы в академии на общественных началах был заместителем декана факультета общественных профессий, руководителем школы молодого лектора, ответственным секретарем приемной комиссии вуза, председателем государственной аттестационной комиссии факультета иностранных учащихся, возглавлял комиссию по увековечению памяти сотрудников и выпускников академии. В настоящее время является членом Президиума судебно-медицинской ассоциации Северо-Запада России, правлений Всероссийского и Петербургского научных обществ судебных медиков, членом диссертационного совета при ВМедА им. С.М. Кирова, ученого совета СЗГМУ им. И.И. Мечникова, членом методических советов и аттестационных ко-

миссий бюро судебно-медицинской экспертизы Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

30 декабря 2014 г. приказом № 959 Минздрава России Е.С. Мишин назначен главным внештатным специалистом по судебно-медицинской экспертизе Северо-Западного федерального округа.

Блестящий судебно-медицинский эксперт, Е.С. Мишин на самом высоком профессиональном уровне выполняет судебные экспертизы по особо сложным уголовным делам. Прекрасный человек, организатор, Евгений Степанович пользуется большим и заслуженным авторитетом среди сотрудников кафедры и университета, студентов, судебно-медицинских экспертов северо-западного региона, преподавателей кафедр судебной медицины других вузов, работников органов охраны правопорядка.

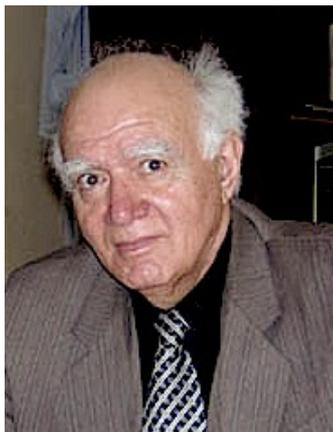
Е.С. Мишин награжден ГУВД СПб и Ленинградской области (2001) и других организаций, значком МЗ СССР “Отличнику здравоохранения” (1982), медалями “В память 300-летия Санкт-Петербурга” (2004), “За развитие науки, культуры и спорта России” (2013), “Патриот России” (2013).

Редакционная коллегия журнала “Вестник судебной медицины”, сотрудники кафедры судебной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, коллеги, друзья, ученики от всей души поздравляют Евгения Степановича, желают ему крепкого здоровья, реализации многочисленных планов и творческих успехов.

ВИЛ ИВАНОВИЧ АКОПОВ (К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

VIL AKOPOV (THE 85th ANNIVERSARY)

В этом году исполнилось 85 лет со дня рождения известному судебному медику, заведующему организационно-методическим отделом ГБУ Ростовской области “Бюро СМЭ”, председателю Ростовского общества судебных медиков, доктору медицинских наук, профессору Вилу Ивановичу Акопову.



Вил Иванович родился 11 мая 1930 г. в Краснодаре в семье врача и учительницы. В начале Отечественной войны отец ушел на фронт, в декабре 1941 г. семья была эвакуирована в Ереван, там Вил Иванович продолжил учиться в школе, а в 1946 г. с семьей переехал в Самарканд по месту избрания отца зав. кафедрой мединститута. В 1949 г. окончил среднюю школу и поступил на лечебный факультет Самаркандского медицинского института им. акад. И.П. Павлова, который окончил с отличием в 1955 г. После окончания института поступил в аспирантуру при кафедре судебной медицины под руководством профессора Лазаря Марковича Эйшлина, а после ее окончания защитил кандидатскую диссертацию, работал ассистентом этой кафедры и судебно-медицинским экспертом Бюро судебно-медицинской экспертизы Самаркандской области. В эти годы женился, родились трое детей. В марте 1965 г. переехал в Читу на заведование кафедрой судебной медицины Читинского медицинского института. Вскоре после приезда был

избран председателем профкома института. В конце 1966 г. был назначен проректором по научной работе. В 1972 г. во 2-м Московском мединституте защитил докторскую диссертацию “Комплексные исследования при судебно-медицинской экспертизе повреждений кожи и одежды тупыми предметами”. В 1974 г. получил ученое звание профессора, назначен ректором ЧГМИ. Сразу после приезда избран председателем Читинского общества судебных медиков, через год на Всесоюзной конференции вошел в состав Правления Всесоюзного, а затем и Российского научного общества судебных медиков. В конце 60-х и в 70-е годы был редактором 6 сборников научных работ и 12 сборников работ, выпускаемых Читинским мединститутом, организовал 4 межобластные и одну республиканскую научные конференции судебных медиков, был назначен членом комиссии АМН СССР по медицинскому обеспечению БАМ, членом Центральной учебно-методической комиссии по судебной медицине МЗ СССР. В 1976 г. в издательстве “Медицина” была опубликована первая монография “Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных тупыми орудиями”. Был председателем Совета ректоров Читинских вузов.

В сентябре 1979 года избран на должность заведующего кафедрой Ростовского государственного медицинского института, в связи с чем переехал в г. Ростов-на-Дону и приступил к работе заведующего кафедрой судебной медицины. Был избран председателем научного общества судебных медиков области, возобновив ее работу. В начале 90-х годов организовал и проводил работу с целью открытия курса по правовым основам медицины. Организовал работу по воссозданию судебно-медицинского музея с изготовлением 700 влажных и сухих препаратов, который активно использовался в учебном процессе и имел известность за пределами

кафедры. В 2000-х гг. создал пакет учебно-методических документов, что позволило открыть при кафедре курс факультета повышения квалификации врачей. В разное время совмещал в качестве судмедэксперта военной судебно-медицинской лаборатории № 124, позже – 16-го Центра и Бюро СМЭ РО, а также в качестве лектора и преподавателя судебной медицины на юридических факультетах Ростовского госуниверситета, Северо-Кавказской академии госслужбы и в других вузах, в которых подготовил учебные программы, планы и другие учебно-методические документы. С 2006 г. перешел на работу в качестве заведующего отделом ГБУ Ростовской области “Бюро СМЭ”.

Под руководством В.И. Акопова было подготовлено 5 кандидатских диссертаций, разработано 6 рационализаторских предложений, он автор 300 работ, из которых: 12 учебных пособий и учебников, 7 монографий по судебной медицине и медицинскому праву. Впервые в судебной медицине В.И. Акоповым был разработан ультразвуковой метод исследования, написана и депонирована монография о возможности и эффективности его использования.

Редакционная коллегия журнала “Вестник судебной медицины” присоединяется к поздравлениям коллег, учеников и друзей в связи с Юбилеем Вила Ивановича, желает ему здоровья, активного долголетия и творчества.

АЛЕКСАНДР СЕРГЕЕВИЧ СЕМЕНОВ (К 60-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ) **ALEXANDER SEMENOV (THE 60th ANNIVERSARY)**

22 февраля 2015 г. исполнилось 60 лет со дня рождения начальника Владимирского областного бюро судебно-медицинской экспертизы Александра Сергеевича Семенова.

А.С. Семенов родился во Владимире в 1955 г., по окончании Горьковского медицинского института в 1978 г. был направлен во Владимир, где около 3 лет работал в родильном доме №2 анестезиологом и акушером-гинекологом.

После прохождения специализации по судебной медицине на кафедре Ленинградского института усовершенствования врачей под руководством проф. О.Х. Поркшеяна А.С. Семенов приступил к экспертной деятельности.

После реорганизации Владимирского Бюро СМЭ в 1988 г. А.С. Семенов был назначен заведующим танатологическим отделом бюро. В 2003 г. Департаментом здравоохранения Владимирской области А.С. Семенов назначен начальником Владимирского областного бюро СМЭ. По инициативе губернатора бюро было передано здание бывшего терапевтического корпуса областной больницы площадью около 3700 м², в реконструкцию которого много сил и энергии вложил А.С. Семенов, он принимал деятельное участие в перепланировке помещений с учетом специфики работы отделений.

В настоящее время Владимирское бюро выполняет все виды предусмотренных экспертиз и исследований, вхо-



дя в число передовых российских учреждений судебно-медицинской службы. Среди врачей 4 кандидата медицинских наук, 23 сотрудника имеют высшую квалификационную категорию, 8 – первую. Это достойный показатель, свидетельствующий о высоком профессиональном уровне экспертов. В районах Владимирской области 16 межрайонных подразделений бюро, которые обеспечивают потребности местных правоохранительных органов и населения. За последние 10 лет были построены новые здания для Ковровского, Гусь-Хрустального, Меленковского отделений. В 2015 г. запланировано начало строительства в Александрове отдельного здания для мощного межрайонного отделения. На очереди улучшение условий труда судебных медиков в Петушинском, Муромском, Вязниковском и других районах области.

Материально-техническое оснащение головной службы с лабораторной базой бюро, которым А.С. Семенов уделяет максимум внимания, соответствует стандартам оснащения судебно-экспертных подразделений системы здравоохранения. За последние 5 лет в бюро оборудована и начала работу молекулярно-генетическая лаборатория, открыто подразделение биохимических исследований, приобретены современные химические анализаторы, которые позволили повысить качество экспертиз и сократить сроки их проведения.

Как руководитель бюро А.С. Семенов организует и обеспечивает четкие действия подразделений судебно-медицинской службы в случаях возникновения чрезвычайных и аварийных ситуаций. В рамках медицины катастроф в марте 2007 г. в Суздале были проведены межрегиональные учения по отработке взаимодействия групп быстрого реагирования бюро СМЭ, медицины катастроф и МЧС Центрального федерального округа по ликвидации последствий ЧС с многочисленными человеческими жертвами (имитация авиакатастрофы с крушением самолета). По результатам учения был создан учебный документальный фильм.

А.С. Семенов опубликовал 19 научных работ по различным вопросам судебной медицины в журнале “Судебно-медицинская экспертиза” и различных сборниках. В них нашли отражение собственные наблюдения и обобщенные научные данные. За время трудовой деятельности А.С. Семенов неоднократно выступал с докладами и сообщениями на I и IV Всероссийских съездах, совещаниях, конференциях, научных обществах судебных медиков в различных городах страны.

За многолетний добросовестный труд в системе здра-

воохранения и высокие показатели в работе А.С. Семенов был награжден почетной грамотой Департамента здравоохранения, грамотой администрации Владимирской области, а также почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Редакционная коллегия журнала “Вестник судебной медицины”, коллеги и друзья от всей души поздравляют Александра Сергеевича, желают ему здоровья и творческих успехов.

ИНФОРМАЦИЯ

ЗАСЕДАНИЕ ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ ЭКСПЕРТНОГО СОВЕТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ “СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА”

PROFILE COMMISSION MEETING OF THE EXPERT COUNCIL IN THE FIELD OF HEALTH MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION WITH A DEGREE IN “FORENSIC MEDICAL EXAMINATION”

25 сентября 2015 года в 10.00 в конференц-зале ФГБУ “Российский центр судебно-медицинской экспертизы” Министерства здравоохранения Российской Федерации было проведено очередное заседание профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности “Судебно-медицинская экспертиза”.

Были рассмотрены следующие вопросы:

1. Отчеты главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе Министерства здравоохранения Российской Федерации и главных внештатных специалистов федеральных округов по результатам деятельности государственных судебно-медицинских экспертных учреждений Российской Федерации (далее – ГСМЭУ) за истекший период 2015 года.
2. О ходе проводимых Министерством здравоохранения Российской Федерации мероприятий по созданию федеральной государственной судебно-медицинской экспертной службы и развитию инфраструктуры ГСМЭУ в период 2016–2020 гг.
3. О ходе проводимых главными внештатными специалистами по судебно-медицинской экспертизе федеральных округов мероприятий по разработке “дорожных карт” ГСМЭУ с целью оптимизации деятельности бюро судебно-медицинской экспертизы округа в рамках создания федеральной государственной судебно-медицинской экспертной службы.
4. Об итогах деятельности диссертационных советов Российской Федерации по специальности 14.03.05 “Судебная медицина” за период 2004–2015 гг.

5. О проводимых мероприятиях по подготовке к аккредитации врачей судебно-медицинских экспертов (судебных экспертов) ГСМЭУ. О состоянии подготовки и повышения квалификации врачей судебно-медицинских экспертов (судебных экспертов) ГСМЭУ.
6. О структуре и качестве проведенных в период 2009–2015 гг. в ГСМЭУ судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников.
7. О результатах проверок в 2015 году деятельности ГСМЭУ по исполнению требований по лицензированию медицинской деятельности и Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз.

Для участия в заседании были приглашены главные внештатные специалисты по судебно-медицинской экспертизе органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, а также заведующие кафедрами судебной медицины бюджетных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования согласно утвержденного списка.

По окончании работы было осуществлено подведение итогов заседания с обсуждением проекта и принятие решения профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности “Судебно-медицинская экспертиза”.

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.

Условия публикации статьи

1. Рассматриваются только оригинальные материалы, ранее не публиковавшиеся и не нарушающие авторские права других лиц. При выявлении идентичных текстов одного и того же автора в других печатных и электронных изданиях договор расторгается и статья снимается с публикации (все статьи проходят проверку в системе «Антиплагиат»). Соблюдение норм научной этики является обязательным требованием для всех авторов.
2. Статьи, претендующие на публикацию, должны быть четко структурированными, актуальными, обладать научной новизной, содержать постановку задач (проблем), описание методики и основных результатов исследования, полученных автором, а также выводы; соответствовать правилам оформления.
3. Текст должен быть вычитан и подписан автором, который несет ответственность за научно-теоретический уровень публикуемого материала.
4. Прием статей в очередной номер журнала заканчивается за 1,5 месяца до его выхода.

Технические требования к оформлению статьи

1. Текст

- Статья должна быть набрана в формате doc или rtf и представлена в редакцию в виде файла, а также в печатном виде.
- Название файла (папки) должно содержать Ф.И.О. автора и название статьи.
- Объем статьи не должен превышать 15 печатных страниц формата А4, включая иллюстрации. Нумерация страниц обязательна.
- Текст должен быть набран через полтора интервала, шрифт – «Times New Roman», размер шрифта – №12, цвет-авто (черный), масштаб – 100%, смещение и кернинг отсутствуют, анимация не используется.

- Параметры страницы: левое поле – 3 см, правое поле – не менее 1,0 см, верхнее поле – 2 см, нижнее поле – 2 см, выравнивание по ширине страницы.
- Код УДК.
- Аннотация не менее 200 слов (на русском и английском языках).
- Ключевые слова (на русском и английском языках) – не более 5.
- Библиография (на русском и английском языках).

2. Иллюстрации

- При наличии в статье таблиц, рисунков и формул в тексте должны содержаться ссылки на их нумерацию в круглых скобках.
- Таблицы должны иметь заголовки, расположенные над верхней границей, а каждый рисунок – подпись, указание авторства или источник заимствования.
- Все графические изображения (рисунки, графики, схемы, фотографии) именуется как рисунки и имеют сквозную нумерацию.
- Рисунки, таблицы, графики и подписи к ним вставляются в текст. Кроме того, рисунки, изготовленные в любом графическом редакторе, присылаются отдельным файлом в одном из графических форматов: GIF, JPEG, BMP, TIFF.
- Иллюстрации к статье должны быть даны с разрешением 300 dpi или 2000 x 3000 пикселей.
- Таблицы и схемы должны быть хорошо читаемы. Максимальный размер рисунка, таблицы или схемы 170 x 240 мм.

3. Ссылки

- Ссылки в тексте на цитируемую литературу даются в квадратных скобках. В конце статьи приводится библиографический список **в алфавитном порядке**, оформленный по ГОСТу 7.0.5.2008 (<http://protect.gost.ru/>).
- Подстраничные примечания не допускаются.

4. Сведения об авторах (на русском и английском языках)

- Фамилия, имя, отчество
- Ученая степень
- Ученое звание
- Место учебы, работы (полностью)
- Должность
- Телефон (не публикуется)
- E-mail

Сопроводительные документы к статье

1. Договор на опубликование (высылается после вынесения решения по статье).
2. Авторская справка о каждом из авторов с указанием автора для переписки.

Порядок представления и рецензирования рукописей

1. К рассмотрению принимаются статьи, оформленные в строгом соответствии с установленными правилами подачи материалов для публикации.
2. Авторы в течение 7 дней получают уведомление о получении статьи. В случае невыполнения требований статья может быть возвращена на доработку.
3. Статьи, поступившие в редакцию, проходят рецензирование. Рецензирование и редактирование рукописей (научное, стилистическое, техническое) осуществляют редколлегии журнала и редакция в соответствии с требованиями ВАК РФ к изданию научной литературы.
4. Редколлегия оставляет за собой право отклонить статью или вернуть её на доработку. Если статья не удовлетворяет требованиям (по тематике, научному уровню, новизне, глубине исследования, а также формальной стороне), автору направляется мотивированный отказ. Фамилия рецензента может быть сообщена автору лишь с согласия рецензента.
5. Автору отправляется уведомление как в случае положительной, так и в случае отрицательной рецензии.
6. Доработанный вариант статьи направляется рецензенту на повторное рецензирование.
7. Редколлегия оставляет за собой право производить редакционные изменения, не искажающие основное содержание статьи.

8. Взгляды автора и редколлегии могут не совпадать, в этом случае может быть сделано подстрочное примечание к статье.
9. Оплата рецензий производится исходя из объема рукописей.
10. Статьи печатаются в порядке очередности их поступления в редакцию. Если статья направляется автору на доработку, то датой поступления статьи считается дата возвращения доработанной статьи.
11. В одном номере журнала не может быть опубликовано более двух статей одного автора.
12. Оригинал статьи с правками редактора и корректура хранятся в архиве редакции не менее года (как официальный документ) с приложенными рецензиями.
13. Рукописи статей и магнитные носители авторам не возвращаются.
14. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.
15. Публикация статей осуществляется в соответствии с заключенными с авторами договорами.

Авторская этика

1. Отделять оригинальные данные и гипотезы от данных и гипотез других авторов, а также ваших собственных ранее опубликованных данных. Пользоваться ссылками. При свободном цитировании и пересказе своими словами ссылаться на источник. При дословном цитировании текста заключать его в кавычки, иначе он будет расцениваться как плагиат.
2. Редакция оставляет за собой право отказать в публикации статьи, если в ней превышен допустимый порог цитирования (в том числе и самоцитирования) – свыше 20% от общего объема материала, а также при нарушении авторских прав других авторов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ СТАТЕЙ

на основе рекомендаций *Европейской ассоциации научных редакторов (EASE)*
для авторов и переводчиков научных статей

Статья пишется тогда, когда исследование завершено или находится на заключительном этапе, когда можно сделать определенные выводы.

Название должно быть лаконичным, адекватно отражать предмет статьи и содержать ключевые понятия исследования.

Аннотация является источником информации о содержании статьи и изложенных в ней результатах исследований. Выполняет следующие функции:

- позволяет определить основное содержание статьи и решить, стоит ли обращаться к ее полному тексту;
- используется в информационных, в том числе автоматизированных системах для поиска документов и информации.

Аннотация к статье должна быть:

- информативной (без общих слов, аббревиатур, сложных конструкций, не повторять заглавие статьи,

но содержать ключевые слова, чтобы облегчить online поиск вашей статьи);

- оригинальной (указать, в чем новизна статьи);
- содержательной (отражать основные проблемы статьи и результаты исследований);
- компактной (укладываться в объем около 1000 знаков);
- структурированной (следовать логике построения статьи) и включать следующие аспекты: предмет и цель исследования, методику его проведения, результаты и область их применения.

Ключевые слова (не более пяти) – важнейшие научные термины статьи. Общие термины не допускаются.

Структура статьи: Введение. Методика. Основная часть. Результаты. Обсуждение. Выводы. Необходимость тех или иных разделов остается на усмотрение автора. Обзоры и лекции могут иметь другую структуру.

Введение определяет объект, предмет, цели, задачи и границы исследования, а также научный контекст (избирательный обзор литературы), степень изученности темы, актуальность и проблематику статьи.

Методика описывает фактический материал исследования, пути и методы его получения (композиционный, тезаурусный, историко-генетический анализ, сопоставление, моделирование...) и специфические способы его обработки, что позволяет повторить или проверить результаты другим исследователям.

Основная часть излагает суть исследования в четкой логической последовательности (тематической, хронологической или иной). Содержит аргументацию, доказательства, факты, подтверждающие тезис.

Результаты работы – приводят основные теоретические и экспериментальные результаты описанных выше методик, фактические данные, обнаруженные взаимосвязи и закономерности. Акцентируется внимание на новых результатах, выводах, а также данных, имеющих практическое значение.

Обсуждение (необязательный раздел) содержит анализ значимости и соответствие полученных результатов целям и задачам исследования, подтверждение или отрицание заявленной в начале исследования научной гипотезы, а также сравнение ваших выводов с выводами других исследователей.

Разделы “Основная часть”, “Результаты”, “Обсуждение” для удобства изложения материала могут быть объединены в один, чье название остается на усмотрение автора. Это не отменяет необходимости представить в рукописи суть данных разделов.

Выводы отвечают на поставленные в исследовании вопросы и задачи (по пунктам), могут сопровождаться рекомендациями, оценками, предложениями, гипотезами, описанными в статье.

Благодарности (необязательный раздел). Упоминание о тех, кто внес свой вклад в ваше исследование, но не рассматривается в качестве соавторов (например, организации, финансировавшие исследование). Если вам помогали редактор, переводчик, статистик, сборщики данных и др., то они могут быть упомянуты в целях информационной открытости.

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: nokbsme@nso.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 и CD.
Ответственность за достоверность сведений в рекламе и объявлениях несет рекламодатель.

Электронная версия (аннотированное содержание) журнала доступна по адресам:
http://sttonline.com/vsm_ar.html
http://elibrary.ru/title_about.asp?id=33408

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

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
E-mail: stt@sttonline.com



Формат 60x90/8. Тираж 1000 экз.
Отпечатано с электронного файла. Печать цифровая.
Бумага SvetoCopy. Гарнитура Pragmatica Cond C, Pragmatica C.