

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

ВЕСТНИК СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

BULLETIN OF FORENSIC MEDICINE

№ 4, Том 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
О.М. Зороастров
В.П. Конев
А.А. Овчинников
Ю.В. Солодун
А.Б. Шадымов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.П. Ардашкин (Самара)
Ф.В. Алябьев (Томск)
Е.Х. Баринов (Москва)
В.Т. Бачинский (Черновцы)
В.И. Витер (Ижевск)
Ф.А. Галицкий (Астана)
С. Громб (Бордо)
Ю.С. Исаев (Иркутск)
Е.М. Кильдюшов (Москва)
А.В. Ковалев (Москва)
И.Е. Лобан (Санкт-Петербург)
Ю.А. Овсюк (Минск)
В.Л. Попов (Санкт-Петербург)
В.А. Породенко (Краснодар)
П.О. Ромодановский (Москва)
В.И. Чикун (Красноярск)
Н.С. Эделев (Н.-Новгород)
Э.Р. Эрлих (Берлин)
В.Э. Янковский (Барнаул)

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

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА УЛЬТРАСТРУКТУРЫ
МИОКАРДА ПРИ УШИБЕ СЕРДЦА

С.В. Савченко, В.П. Новоселов,

А.Н. Порвин, Д.А. Кошляк 4

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИКВОРА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ
ПРАКТИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ
НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ

В.Т. Бачинский, О.Я. Ванчуляк, М.С. Гараздюк 8

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

ТРУДНОСТИ ЭКСПЕРТНОГО, ПРАВОВОГО
И МЕДИЦИНСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ
ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР
МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ
ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

А.И. Простяков, А.А. Овчинников, В.Л. Дресвянников 12

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЭКСПЕРТУ

К ВОПРОСУ О ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ОДЕЖДЫ ПРИ ПАДЕНИЯХ С ВЫСОТЫ

В.А. Агафонов, В.В. Юрасов 16

К ВОПРОСУ О ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ
В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ
СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
НОГТЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Т.Н. Голуб, Е.В. Бергман,

М.Х. Шахматова, Ю.С. Исаев 21

СЛУЧАИ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ

СЛУЧАЙ СМЕРТИ РЕБЕНКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ
ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

И.Д. Старикова, С.В. Савченко, В.П. Новоселов 24

ОБЗОР

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО
НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН

Ю.В. Конотопцева 27

ORIGINAL RESEARCH

EXPERT EVALUATION OF THE ULTRASTRUCTURE
OF THE MYOCARDIUM UNDER CARDIAC CONTUSION

S.V. Savchenko, V.P. Novoselov,

A.N. Porvin, D.A. Koshlyak

INVESTIGATION OF CEREBROSPINAL FLUID
IN THE FORENSIC PRACTICE
TO DETERMIN THE TIME OF DEATH

V.T. Bachynskiy, O.Ya. Vanchuliak, M.S. Garazdiuk

FORENSIC PSYCHIATRY

DIFFICULTIES IN LEGAL, EXPERT AND MEDICAL
REGULATION OF COMPULSORY
MEDICAL MEASURES TO THE PERSONS
WHO USE SYNTHETIC
PSYCHOACTIVE
SUBSTANCES

A.I. Prostyakov, A.A. Ovchinnikov, V.L. Dresvyannikov

HELP TO PRACTICAL EXPERT

CHARACTERISTICS OF DAMAGE TO CLOTHING
WHEN FALLING FROM HEIGHT

V.A. Agafonov, V.V. Yurasov

ABOUT EVIDENTIAL VALUE
IN CRIMINAL TRIAL OF FORENSIC-BIOLOGICAL
INVESTIGATION OF HUMAN
NAILS

T.N. Golub, E.V. Bergman,

M.H. Chahmatova, Yu.S. Isaev

CASES FROM THE PRACTICE

CASE OF A CHILD DEATH DUE TO NOT DIAGNOSED
CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA

I.D. Starikova, S.V. Savchenko, V.P. Novoselov

REVIEW

FORENSIC MEDICAL ASPECTS OF DOMESTIC
VIOLENCE AGAINST WOMEN

Yu.V. Konotoptseva

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ

ПОСВЯЩЕНИЕ УЧИТЕЛЮ
(К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ПРОФЕССОРА В.Н. КРЮКОВА) 32

КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ
НОВОСИБИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 80 ЛЕТ
А.П. Надеев 33

ИНФОРМАЦИЯ

ЗАСЕДАНИЕ ПОСТОЯННО ДЕЙСТВУЮЩЕЙ
РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И СПЕЦИАЛЬНО
ПРИГЛАШЕННЫХ ЧЛЕНОВ ПРОФИЛЬНОЙ
КОМИССИИ ЭКСПЕРТНОГО СОВЕТА В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ
ЭКСПЕРТИЗА" 11 декабря 2015 года, г. Москва 37

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ 40

HISTORICAL ISSUES

DEDICATION TO TEACHER
(TO 85TH ANNIVERSARY OF PROFESSOR
V.N. KRYUKOV) V.N. KRYUKOV)

80 ANNIVERSARY OF DEPARTMENT
OF PATHOLOGICAL ANATOMY
AT THE NOVOSIBIRSK STATE MEDICAL UNIVERSITY
A.P. Nadeyev

INFORMATION

MEETING OF THE STANDING WORKING
GROUP AND SPECIALLY INVITED MEMBERS
OF THE SPECIALIZED COMMISSION
WITHIN THE EXPERT COUNCIL IN THE FIELD
OF PUBLIC HEALTH OF THE RUSSIAN
HEALTH MINISTRY ON SPECIALTY
"FORENSIC MEDICAL EXAMINATION",
December, 11, 2015, Moscow

INFORMATION FOR AUTHORS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

■ УДК 340.624.21:611.018.63:616-001.31

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА УЛЬТРАСТРУКТУРЫ МИОКАРДА ПРИ УШИБЕ СЕРДЦА

С.В. Савченко, В.П. Новоселов, А.Н. Порвин, Д.А. Кошляк

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

E-mail: sme.ngmu@mail.ru

EXPERT EVALUATION OF THE ULTRASTRUCTURE OF THE MYOCARDIUM UNDER CARDIAC CONTUSION

S.V. Savchenko, V.P. Novoselov, A.N. Porvin, D.A. Koshlyak

The Novosibirsk State Medical University

Целью исследования стало выявление ультраструктурных изменений кардиомиоцитов и эндотелиоцитов кровеносных капилляров миокарда лиц, погибших в результате ушиба сердца. Для решения поставленной задачи отобран материал практических судебно-медицинских экспертиз, который был изучен с помощью электронной микроскопии. Получены новые данные по происходящим нарушениям внутриклеточных структур при механическом повреждении сердца, играющим важную роль в развитии острой сократительной недостаточности миокарда.

Ключевые слова: ушиб сердца, электронная микроскопия, кардиомиоцит, эндотелиоцит.

The aim of the study was to identify ultrastructural changes of cardiomyocytes and endothelial cells of blood capillaries of the myocardium in individuals who died due to the heart injury. To solve this problem material of a practical forensic medical examinations was the selected and studied by electron microscopy. The new data was obtained on disturbances of intracellular structures under mechanical damage to heart, which play an important role in the development of acute contractile failure of the myocardium.

Key words: cardiac contusion, electron microscopy, cardiomyocyte, endotheliocyte.

Механические повреждения органов груди и живота относятся к тяжелым видам травмы и сопровождаются высокой летальностью [1, 13, 14, 17–19]. Чрезвычайно тяжелыми при травме груди являются повреждения сердца [11, 12]. Подавляющее большинство повреждений сердца при закрытой тупой травме грудной клетки образуются при падениях с большой высоты, дорожно-транспортных происшествиях и ударах тупыми твердыми предметами по передней поверхности грудной клетки в проекции расположения сердца. Механическое повреждение сердца клинически характеризуется нарушениями ритма и проводимости сердца с последующим развитием острой сердечной недостаточности [7]. Ряд аспектов развивающихся при механическом повреждении сердца морфофункциональных изменений продолжают быть недостаточно изученными. Большинство исследований по патоморфологии миокарда посвящено

проблеме повреждения сердечной мышцы при ишемии в результате сердечно-сосудистой патологии и токсическому повреждению миокарда вследствие хронической алкогольной и наркотической интоксикации [2, 4, 9, 13, 16, 23]. Исследования по морфологической оценке механического повреждения миокарда все еще немногочисленны, большинство из них выполнено на светоптическом уровне [5, 6, 8, 10, 19, 22]. Кроме того, морфологическим изменениям эндотелиоцитов при механическом повреждении миокарда посвящены единичные работы. Тогда как эндотелий кровеносных микрососудов является структурным компонентом миокарда, тонко реагирующим на различные патологические воздействия [3, 20]. В связи с вышеизложенным представлялось целесообразным осуществление ультраструктурное исследование клеток миокарда для уточнения характера морфологических проявлений острой сократитель-

ной недостаточности сердечной мышцы. Объектом нашего внимания стали кардиомиоциты и эндотелиоциты кровеносных капилляров миокарда лиц, получивших смертельную тупую травму сердца.

Для решения поставленных задач исследовался материал практических судебно-медицинских экспертиз, который был получен от 5 трупов лиц обоего пола, погибших в возрасте 20 до 35 лет от ушиба сердца. Контрольную группу составили 3 человека того же возраста, умерших на месте происшествия от черепно-мозговой травмы. У погибших людей забор кусочков миокарда осуществлялся из передней, боковой и задней (нижней) стенок левого желудочка сердца в срок, не превышающий 3 ч от момента наступления смерти, для исключения влияния аутолитического процесса на внутриклеточные структуры. Образцы миокарда для трансмиссионной электронной микроскопии подвергались стандартной обработке. На первом этапе, для ориентировки в изучаемом объекте, были изготовлены полутонкие срезы толщиной 2–3 мкм и в последующем окрашены толудиновым синим. Окрашенный срез миокарда рассматривали с помощью светового микроскопа для определения области, которая должна быть изучена на ультрамикроскопическом уровне, чтобы в дальнейшем с этого участка прицельно приготовить ультратонкие срезы. Миокард первоначально исследовали на малом увеличении – $\times 100$ (10×10), а затем при увеличении $\times 400$ (10×40). После отбора необходимых для дальнейшего исследования участков полутонких срезов миокарда получали ультратонкие срезы толщиной 35–45 нм на ультратоме LKB – 8800 (Швеция), которые контрастировали насыщенным водным раствором уранилацетата. Трансмиссионную электронную микроскопию осуществляли на электронном микроскопе JEM 1010 (Япония) при увеличении $\times 8000$ [21]. Была изучена ультраструктурная организация кардиомиоцитов и эндотелиоцитов кровеносных капилляров миокарда правого и левого желудочков сердца в образцах сердечной мышцы людей, погибших в результате механического повреждения сердца, обусловленного его ушибом, а также в образцах контрольной группы людей.

При световой микроскопии препаратов миокарда наблюдалось неравномерное окрашивание мышцы сердца: часть мышечных волокон, а иногда отдельные их части, выглядели более интенсивно окрашенными. Мышечные волокна с интенсивной окраской выглядели набухшими и гомогенизированными, характерная поперечная исчерченность едва определялась или не определялась вообще. Были выявлены группы волнообразно измененных, извитых сердечных мышечных волокон. Отмечалось неравномерно выраженное кровенаполнение артериол: часть их находилась в дистоничном состоянии, у других имелись явления спазма. Наблюдалось паретическое расширение и полнокровие венул и кровеносных капилляров, их просветы были заполнены конгломератами эритроцитов, агрегированных по типу “монетных столбиков”. По выше указанным изменениям были отобраны участки миокарда для углубленного изучения внутриклеточных нарушений, из этих областей миокарда были прицельно приготовлены ультратонкие срезы (рис. 1).

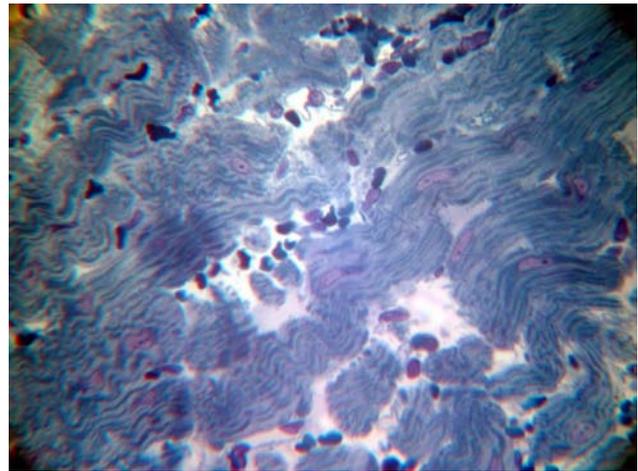


Рис. 1. Неравномерно окрашенные и волнообразно измененные мышечные волокна при ушибе сердца (окраска толудиновым синим, увеличение $\times 400$)

В кардиомиоцитах при механическом повреждении сердца со стороны миофибрилл наблюдалось разрыхление структуры саркомера в виде расширения пространств между миофиламентами. Такие изменения являются признаком начинающегося отека клетки. В части кардиомиоцитов отмечалась смазанность контуров Z-дисков в виде снижения их электронной плотности, свидетельствующая о начале фрагментации мышечных волокон. В других кардиомиоцитах наблюдались очаговые уплотнения миофибрилл (контрактурные полосы), также была выявлена фрагментация (диссоциация) отдельных мышечных волокон или их групп. Из-за пересокращения миофибрилл сарколемма кардиомиоцитов была фестончатого вида. Многочисленные микропиноцитозные везикулы в сарколемме кардиомиоцитов свидетельствовали об усилении обменных процессов в мышечных клетках. Все эти изменения ведут к снижению сократительной способности мышечных волокон. Отмечалось расширение цистерн саркоплазматического ретикулума кардиомиоцитов, свидетельствующее о кальциевой перегрузке клеток. Расширение элементов эндоплазматической сети может указывать на последующее развитие отека мышечных клеток сердца. В ряде кардиомиоцитов наблюдалась вариабельность форм и размеров митохондрий. Полиморфизм органелл заключался в том, что наряду с округлыми митохондриями имелись их вытянутые формы, среди крупных органелл располагались группы мелких митохондрий. Были выявлены изменения, затрагивающие внутреннюю организацию митохондрий, такие как расширение межкристистых пространств, нарушение упорядоченности и деформация крист, разрывы крист, локусы просветления матрикса митохондрий. В части митохондрий наблюдалась полная гомогенизация матрикса, исчезновение наружной мембраны органелл. В редких наблюдениях в матриксе митохондрий обнаруживались электронноплотные гранулы фосфатов. Отмечалась сконцентрированность цитогранул (гликогена и рибосом) у наружной мембраны митохондрий. О развивающемся отеке свидетельствовало просветление саркоплазмы между рядом располо-

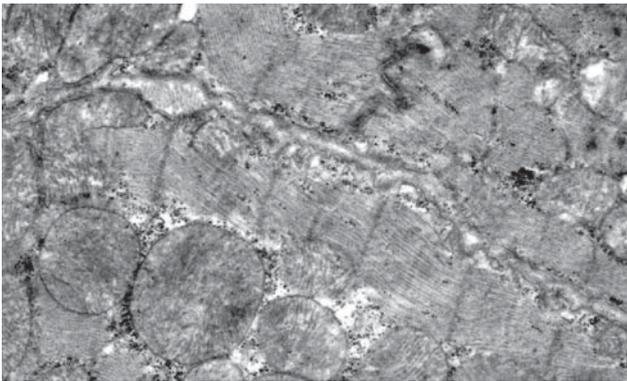


Рис. 2. Разрыхление структуры саркомера в виде расширения пространств между миофиламентами, смазанность Z-дисков, расширение цистерн саркоплазматического ретикулума, локусы просветления матрикса митохондрий при ушибе сердца (электроннограмма, увеличение $\times 8000$)

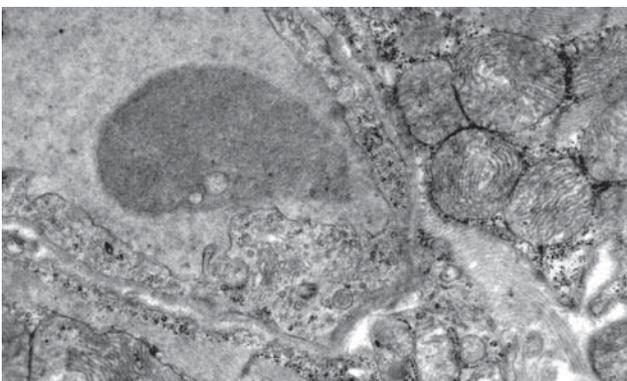


Рис. 3. Повышенная складчатость люминальной поверхности эндотелиоцита с образованием микроворсинок, расширение перикапиллярного пространства при ушибе сердца (электроннограмма, увеличение $\times 8000$)

женными митохондриями. Ядра кардиомиоцитов находились в относительно активном состоянии, на что указывало отсутствие выраженной глыбчатости гетерохроматина (рис. 2).

В эндотелиоцитах кровеносных капилляров при механическом повреждении сердца со стороны митохондрий отмечалась однотипная картина, как и при изучении кардиомиоцитов. Наблюдались явления набухания матрикса митохондрий с деструкцией, редукцией и гомогенизацией крист. В зоне органелл эндотелиоцитов наряду с фрагментами цистерн аппарата Гольджи имелись отдельные вакуоли и везикулы, среди которых встречались окаймленные микровезикулы. Наличие у везикул окаймленности указывает на высокую функциональную активность аппарата Гольджи в отношении биосинтеза различных веществ. В зоне органелл иногда встречались центриоли, которые являются началом микротрубочек, выполняющих в клетке транспортную функцию. Цитоплазма эндотелиоцитов была равномерно зернистой, содержала большое количество транспортных микропиноцитозных везикул, что свидетельствует об активнос-

ти клеток. На активность эндотелиоцитов указывает также относительно небольшое содержание гетерохроматина, располагавшегося в ядре у нуклеолеммы. Плазма в кровеносных капиллярах с открытым просветом была равномерно зернистой, умеренной электронной плотности, встречались эритроциты в форме дискоцитов. Наблюдалось просветление межклеточных пространств (рис. 3).

Заключение

Ультраструктурный анализ кардиомиоцитов и эндотелиоцитов кровеносных капилляров миокарда показал, что в результате нарушений структуры митохондрий в виде их набухания, редукции, деформации и деструкции крист, вплоть до их полной гомогенизации, вызванных механическим воздействием, становится невозможным перенос электронов по электронно-транспортной цепи внутренней мембраны митохондрий, прекращается процесс окислительного фосфорилирования с образованием энергии и АТФ. Такие острые альтеративные изменения ультраструктуры митохондрий ведут к прогрессирующему энергодефициту в кардиомиоцитах, богатых этими органеллами. Снижение синтеза макроэргических фосфатов неизбежно вызывает нарушение сократительной способности миофибрилл, так как мышечное сокращение требует больших затрат энергии. Нарушение целостности мембран митохондрий приводит к быстрому освобождению из органелл ионов кальция с неблагоприятными последствиями для клетки. Вышедший из митохондрий кальций активно всасывается саркоплазматическим ретикулулом, от чего его каналы резко расширяются вплоть до образования вакуолеподобных структур. Активация микропиноцитозной активности эндотелия кровеносных капилляров миокарда при повреждающем механическом воздействии свидетельствует об усилении компенсаторно-приспособительных реакций в миокарде.

Выявленные альтеративные изменения кардиомиоцитов и эндотелиоцитов свидетельствуют о снижении в них энергообразующей и сократительной функции. Данным нарушениям, по нашему мнению, принадлежит ведущая роль в развитии острой сократительной недостаточности миокарда при механическом повреждении сердца в результате его ушиба.

Литература

1. Борисенко А.П. Поражение сердца при травматической болезни. – М. : Медицина, 1990. – 192 с.
2. Бородин С.А. Патоморфология и судебно-медицинская оценка изменений миокарда при острой и хронической комбинированной интоксикации опиатами и этанолом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2006.
3. Волков А.М. Ультраструктура микрососудов миокарда при коррекции врожденного порока сердца в условиях бесперфузионной и перфузионной гипотермии : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Новосибирск, 2003.
4. Кактурский Л.В. Клиническая морфология острого коронарного синдрома // Арх. пат. – 2007. – № 4. – С. 16–19.
5. Капустин А.В. Диагностическое значение острых микроскопических изменений в миокарде // Суд.-мед. эксперт. – 2000. – № 1. – С. 7–11.

6. Ковалева М.А. Патоморфологическая оценка адренергических волокон и кровоизлияний в миокарде, а также клеток мозгового вещества надпочечников при ушибе сердца : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2006.
7. Корпачева О.В. Ушиб сердца: нерешенные проблемы теории и практики // *Общая реаниматология*. – 2007. – Т. 4, № 6. – С. 29–35.
8. Кошляк Д.А. Морфо-гистохимические и ультраструктурные изменения миокарда при ушибе сердца : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2008.
9. Непомнящих Л.М. Альтеративная недостаточность мышечных клеток сердца при метаболических и ишемических повреждениях. – М. : Изд-во БЭБиМ РАМН. – 1998. – 111 с.
10. Новоселов В.П., Савченко С.В., Романова Е.А., Циммерман В.Г. Патоморфология миокарда при ушибах сердца. – Новосибирск : Наука, 2002. – 167 с.
11. Пауков В.С., Ерохин Ю.А. Патологическая анатомия пьянства и алкоголизма // *Арх. пат.* – 2004. – Вып. 4. – С. 3–9.
12. Новоселов В.П., Савченко С.В., Кошляк Д.А. и др. Экспертная оценка повреждений, образовавшихся в результате действия гидродинамического фактора при тупой травме тела // *Вестник судебной медицины*. – 2013. – Т. 2, № 4. – С. 20–23.
13. Новоселов В.П., Савченко С.В., Саковчук О.А. и др. Оценка морфологии реактивных изменений при повреждении мягких тканей и почек в условиях кровопотери // *Вестник судебной медицины*. – 2013. – Т. 2, № 4. – С. 24–27.
14. Новоселов В.П., Савченко С.В., Воронковская М.В. Патоморфологические изменения селезенки при определении давности ее двухмоментного разрыва // *Вестник судебной медицины*. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 54–58.
15. Савченко С.В. Патоморфология и судебно-медицинская оценка изменений эндокарда и миокарда при ушибах сердца : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Новосибирск, 2002.
16. Савченко С.В. Актуальные вопросы экспертной оценки морфологии сердца // *Вестник судебной медицины*. – 2012. – Т. 1, № 3. – С. 5–8.
17. Савченко С.В., Новоселов В.П., Саковчук О.А. Экспертная оценка повреждения почек при тупой травме // *Сибирский медицинский журнал (г. Томск)*. – 2008. – Т. 23, № 1, вып. 1. – С. 71–73.
18. Случай не диагностированного ушиба сердца при закрытой тупой травме груди / Юрасов В.В. и др. // *Вестник судебной медицины*. – 2012. – Т. 1, № 3. – С. 52–54.
19. Соседко Ю.И. Внезапная смерть при травме рефлексогенных зон тела. – М., 1996. – 21 с.
20. Шахламов В.А. Капилляры. – М. : Веди, 2007. – 288 с.
21. Уикли Б. Электронная микроскопия для начинающих. – М. : Мир, 1975. – 336 с.
22. Elie M.-C. Blunt cardiac injury // *Maunt. Sinai J. Med.* – 2006. – Vol. 73, No. 2. – P. 542–552.
23. Ruttenber A.J., Kalter H.D., Santinga P. The role of ethanol abuse in the etiology of heroin-related death // *J. Forensic Sci.* – 1990. – Vol. 35, No. 4. – P. 891–900.

Поступила 20.10.2015

Сведения об авторах

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

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

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

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

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

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

Порвин Александр Николаевич, ассистент кафедры судебной медицины с курсом ФПКППВ ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет”.

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

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

Кошляк Дмитрий Алексеевич, к.м.н., ассистент кафедры судебной медицины с курсом ФПКППВ ГБОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет”.

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

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

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИКВОРА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ

В.Т. Бачинский, О.Я. Ванчуляк, М.С. Гараздиук

Высшее государственное учебное заведение Украины "Буковинский государственный медицинский университет", г. Черновцы, Украина

E-mail: sudmed@bsmu.edu.ua

INVESTIGATION OF CEREBROSPINAL FLUID IN THE FORENSIC PRACTICE TO DETERMIN THE TIME OF DEATH

V.T. Bachynsky, O.Ya. Vanchuliak, M.S. Garazdiuk

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Определение давности наступления смерти продолжает оставаться темой, актуальной для нужд судебно-медицинской практики. Целью работы была разработка и апробация метода двумерного стокс-поляриметрического картографирования биологических слоев с целью установления интервала и наибольшей точности определения давности наступления смерти путем статистического анализа динамики посмертных изменений координатных распределений значений азимута поляризации микроскопических изображений поликристаллических пленок ликвора.

Исследована динамика посмертных изменений величин статистических моментов 1–4-го порядков, которые характеризуют распределение значений азимута поляризации микроскопических изображений поликристаллических пленок ликвора. Обнаружено, что наиболее чувствительными к посмертным изменениям оптических проявлений поликристаллических сетей ликвора являются статистические моменты 3 и 4-го порядков, которые характеризуют асимметрию и эксцесс (остроту пика) распределений азимута поляризации изображений поликристаллических пленок ликвора.

Ключевые слова: давность наступления смерти, ликвор, лазерная поляриметрия, кристаллография.

The aim of the study was to develop and test the two-dimensional Stoks-polarimetric mapping of biological layers in order to define the interval and the highest precision of the time of death by statistical analysis of the dynamics of post-mortem changes in spatial distribution of azimuth of polarization of microscopic images of the polycrystalline films of liquor. The dynamic of post-mortem changes in the values of the statistical moments of 1–4th orders was investigated. These moments describe the distribution of values of the azimuth of polarization of microscope images of polycrystalline films of liquor. Statistical moments of the 3rd and 4th orders were found to be the most sensitive to postmortem optical changes in polycrystalline liquor nets. These moments characterize skewness and kurtosis (peak sharpness) of distributions of polarization azimuth for images polycrystalline liquor films.

Key words: time of death, spinal fluid, lazer polarimetry, crystallography.

Исследование биологических жидкостей организма человека в последнее время широко распространено в судебно-медицинской практике для определения патологических состояний, которые предшествовали смерти, были ее причиной, а также для определения давности наступления смерти (ДНС). Перспективными в этом плане являются исследования спинномозговой жидкости. Изучению ликвора посвящено немало работ отечественных и иностранных авторов, но, с точки зрения определения ДНС, он остается малоизученным.

Импедансометрические исследования ликвора, которые проводились В.И. Витером [2], продемонстрировали взаимосвязь удельной электропроводности ликвора в раннем постмортальном периоде с удельной электропроводностью ликвора у трупов лиц с разной степенью тяжести черепно-мозговой травмы, а также показали его возможности как дополнительного информативного экспресс-метода [7] при подтверждении диагноза острой коронарной недостаточности.

А.В. Ермаков [4, 5] изучал показатели уровня среднемолекулярных соединений в ликворе лиц, умерших от отравления наркотическими веществами и при заболеваниях органов кровообращения с использованием мето-

да спектрофотометрии в ультрафиолетовом спектре при различных длинах волн (254 нм, 260 нм и 280 нм). Им было доказано, что показатели уровня среднемолекулярных соединений в ликворе лиц, умерших от отравления наркотическими веществами и от болезней системы кровообращения, постепенно увеличиваются в зависимости от времени наступления смерти, что может быть использовано в диагностическом процессе определения давности наступления смерти. При этом показатели уровня среднемолекулярных соединений в ликворе лиц, умерших от отравления наркотическими веществами, существенно выше, чем при смерти от болезней системы кровообращения.

Рядом авторов [3, 8, 11] была доказана возможность использования кристаллографического (тэзиграфического) метода исследования для решения судебно-медицинских вопросов по ДНС и прижизненности травмы. В.И. Гайворонская исследовала ликвор данным методом для дополнительной диагностики черепно-мозговой травмы и установлении ее тяжести у живых лиц. Е.А. Федорова изучала возможности использования тэзиграфического метода исследования для установления ДНС за кристаллографией тканей трупа, в том числе лик-

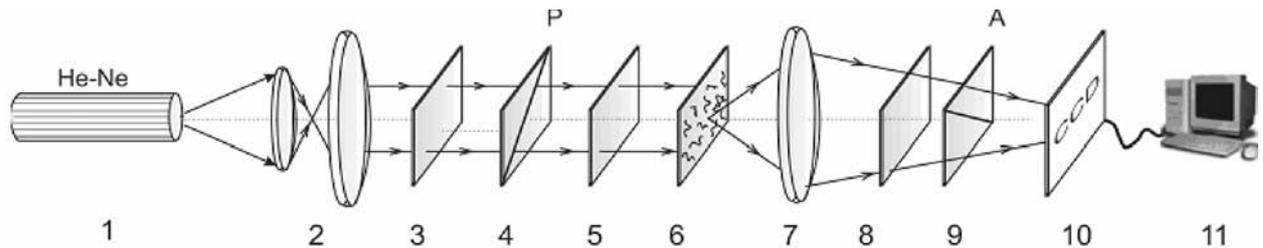


Рис. 1. Оптическая схема стокс-поляриметра. Объяснение в тексте

вора, во время гнилостной трансформации, принимая во внимание генез смерти – внезапная или травматического характера. А.А. Солохиным изучались возможности судебно-медицинской диагностики смерти от отравления алкоголем и некоторых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Также была установлена [9] возможность использования тэзиграфического метода для установления прижизненности повешения по кристаллографической структуре биологических жидкостей, в том числе и ликвора.

Вышеперечисленные методики определения посмертных изменений в биологических тканях (БТ) рассматривают некоторые вопросы определения ДНС, но они не дают значительной точности и объективности полученных данных. Перспективными в этом направлении являются физические методы исследования БТ [10] с использованием лазерных технологий для изучения динамики изменений оптических свойств их биокристаллической структуры после наступления смерти. Описание данных свойств осуществляется на основе таких оптических явлений, как статическое и динамическое рассеивание, дифракция и интерференция оптических полей. Поляризационные методы дают новую информацию о морфологической и оптико-анизотропной структуре биологических тканей [15, 16], что дает возможность установить связь между физиологическим состоянием БТ и поляризационно-фазовыми параметрами изображений их архитектоники.

Высокую точность и объективность поляризационных методов продемонстрировали в своих работах В.Т. Бачинский и О.Я. Ванчуляк [1, 12–14], которые, исследовав образцы соединительной, костной, мышечной (скелетная и сердечная мышцы), нервной ткани и ткани паренхиматозных органов, определили общие закономерности изменения кристаллической структуры БТ в зависимости от времени, прошедшего после наступления смерти.

Целью нашей работы было разработать и апробировать метод двумерного стокс-поляриметрического картогра-

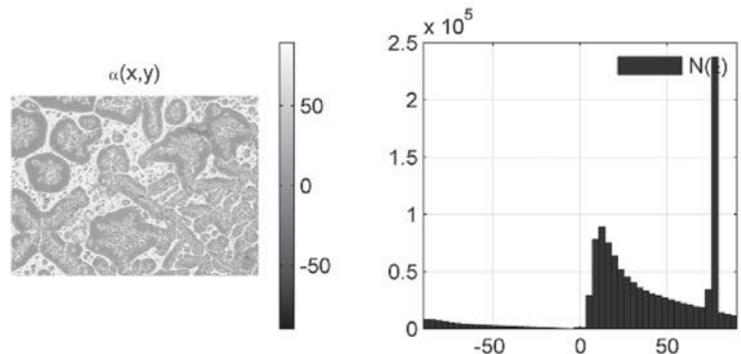


Рис. 2. Координатная структура (левая часть) и гистограмма распределения (правая часть) случайных значений азимута поляризации микроскопического изображения поликристаллической пленки ликвора. ДНС 1 ч

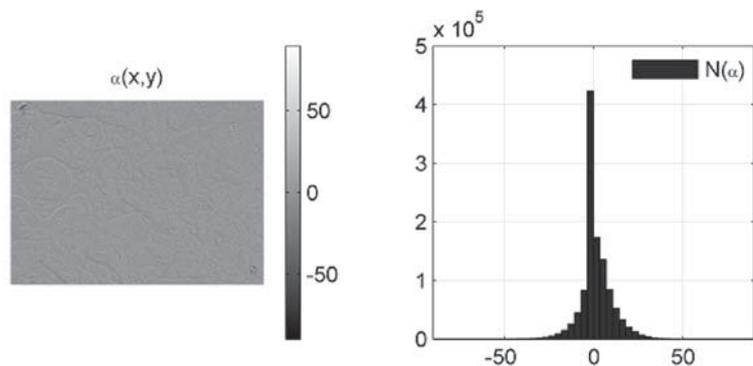


Рис. 3. Координатная структура (левая часть) и гистограмма распределения (правая часть) случайных значений азимута поляризации микроскопического изображения поликристаллической пленки ликвора. ДНС 12 ч

фирования биологических слоев с целью установления интервала и наибольшей точности определения ДНС путем статистического анализа динамики посмертных изменений координатных распределений значений азимута поляризации микроскопических изображений поликристаллических пленок ликвора.

Объект исследования

1. Поликристаллические пленки ликвора, отобранные у 20 трупов с предварительно известным временем наступления смерти от 1 до 34 ч, у которых причиной смерти была сердечно-сосудистая патология; интервал забора – 4, 2, 1 и 0,5 ч.

2. Образцы ликвора 8 живых доноров для сравнения. Пленки ликвора формировались в идентичных условиях путем нанесения капли на оптически однородное стекло. Пленка высушивалась при комнатной температуре (22° С).

Измерение координатных распределений (двумерные массивы значений в плоскости образцов поликристаллических пленок ликвора) значений азимута поляризации в точках микроскопических изображений проводилось в расположении (рис. 1) стандартного стокс-поляриметра.

Режим облучения поликристаллических пленок ликвора 6 состоял из параллельного ($\varnothing=2 \times 10^3 \mu\text{m}$) пучка "красного" He-Ne ($\lambda_r = 0.6328 \mu\text{m}$) полупроводникового лазера 1. Поляризационный облучатель состоял из двух поляризационных элементов – четвертьволновой пластинки 3 и поляризатора 4. Изображения образцов поликристаллических пленок ликвора 6 при помощи поляризационного микрообъектива 7 (Nikon CFI Achromat P, фокусное расстояние – 30 мм, апертура – 0.1, увеличение – 4x) проецировалось в плоскость светочувствительной площадки CCD – камеры 10 (The Imaging Source DMK 41AU.02. AS monochrome 1/2" CCD, Sony ICX205AL (progressive scan) разрешение – 1280x960; размер светочувствительной площадки – 7600x6200 мкм, чувствительность – 0,05 lx; динамический диапазон – 8 bit).

Поляризационный анализ изображений образцов поликристаллических пленок ликвора 6 производился при помощи четвертьволновой пластинки 8 и поляризатора 9. На серии рисунков 2–3 показаны примеры результатов временного поляризационного картографирования значений азимута изображений поликристаллических пленок ликвора.

Анализ полученных данных показал, что оба микроскопических изображения поликристаллической пленки ликвора являются поляризационно неоднородными (рис. 2, 3, левые части) в разное время наблюдения после наступления смерти. Они характеризуются одновременно наличием оптически изотропной и анизотропной составных. Соответственно, реализуется спектр механизмов преобразования параметров лазерного излучения, которое проходит через такой биологический слой. К механизмам первой группы относится оптически изотропное отражение, преломление, поглощение лазерного излучения без изменения состояния поляризации. К механизмам второй группы относится оптически анизотропное взаимодействие – оптическая активность – поворот плоскости поляризации лазерного излучения хиральными молекулами (молекулами альбумина, глобулина). На данный факт указывает диапазон значений азимута поляризации в гистограммах распределения этого параметра (рис. 2, рис. 3, правые части).

С увеличением времени наблюдения оптическая активность хиральных молекул, поворачивающих плоскость поляризации лазерного излучения, уменьшается. Сопоставление гистограмм распределения случайных значений азимута поляризации демонстрирует, что диапазон разброса уменьшается практически в 7 раз за 6 ч после наступления смерти.

Количественно оптические проявления таких дегенеративных изменений поликристаллической пленки ликвора обнаруживаются в уменьшении среднего и дисперсии распределения случайных значений азимута поляризации. Статистические моменты высших порядков (асимметрия и эксцесс) должны расти.

Результаты и выводы

Апробирована методика двумерного стокс-поляриметрического картографирования распределений азимута поляризации микроскопических изображений пленок ликвора во временном мониторинге посмертных изменений оптических проявлений поликристаллических сетей с целью определения ДНС.

Исследована динамика посмертных изменений величин статистических моментов 1–4-го порядков, которые характеризуют распределение значений азимута поляризации микроскопических изображений поликристаллических пленок ликвора.

Обнаружены наиболее чувствительные к посмертным изменениям оптических проявлений поликристаллических сетей ликвора статистические моменты 3-го и 4-го порядков, которые характеризуют асимметрию и эксцесс (остроту пика) распределений азимута поляризации изображений поликристаллических пленок ликвора. Обнаруженные динамические изменения лазерных поляриметрических характеристик исследуемых объектов показали эффективность данного метода для диагностики ДНС. Исходя из этого, наш коллектив продолжит данные исследования для определения наиболее эффективных оптических критериев для внедрения лазерных поляризационных методик в практику бюро судебно-медицинских экспертиз.

Литература

1. Ванчуляк О.Я. Метод поляризаційної візуалізації та статистичної обробки лазерних зображень архітеконики паренхіматозних біотканин у діагностиці часу настання смерті // Клінічна та експериментальна патологія. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 105–110.
2. Витер В.И., Сурков Ю.Г., Поздеев А.Р. Диагностика степени тяжести черепно-мозговой травмы по спектрам удельной электропроводности спинномозговой жидкости // Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков "Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики". – Москва – Тюмень : Академия, 2005. – С. 21–24.
3. Гайворонская В.И., Майновская О.А. Применение кристаллографического метода исследования ликвора для диагностики и определения степени тяжести черепно-мозговой травмы у живых лиц // Судебно-медицинская экспертиза. – 1999. – № 6. – С. 27–28.
4. Ермаков А.В. Изменения уровня среднемолекулярных соединений в ликворе в зависимости от времени наступления смерти // Проблемы экспертизы в медицине. – 2004. – Т. 4, № 4 (16). – С. 25–26.
5. Ермаков А.В. Посмертные изменения уровня среднемолекулярных соединений в ликворе лиц, умерших от некоторых патологических состояний // Проблемы экспертизы в медицине. – 2005. – Т. 5, № 1 (17). – С. 8–9.
6. Кильдюшов Е.М., Вавилов А.Ю., Куликов В.А. Диагностика давности наступления смерти термометрическим способом в раннем посмертном периоде (новая медицинская

- технология). // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 2, № 1. – С. 19–22.
7. Поздеев А.Р., Закиров Т.Р., Коковихин А.В. Показатели микрорекристаллизации и удельной электропроводности ликвора в зависимости от причин смерти // Труды молодых ученых России. – Ижевск : Экспертиза, 2000. – С. 231–233.
 8. Солохин А.А., Гайворонская В.И., Кандауров Р.В. Кристаллизация спинно-мозговой жидкости в случаях смерти от ишемической болезни сердца и отравления этиловым спиртом // Суд.-мед. эксп. – 2002. – Т. 1. – С. 3–4.
 9. Тахер М.А. Судебно-медицинская диагностика прижизненности повешения по кристаллографической структуре биологических жидкостей : дис. ... канд. мед. наук. – 1995. – С. 166.
 10. Тучин В.В. Лазеры и волоконная техника в биомедицинских исследованиях. – Саратов : Изд-во Саратовск. ун-та, 1998. – 384 с.
 11. Федорова О.А. Особливості кристаллографічних змін тканин трупа під час його гнильної трансформації // Морфологія. – 2013. – № 7, 4. – С. 73–77.
 12. Bachinsky V.T., Bendas O.A., Wanchuliak O.Y., Ushenko A.G. Vector microstructure of laser biospecles // Proc. SPIE. – 2000. – Vol. 4242. – P. 227–232.
 13. Ushenko A.G., Burkovets D.M., Yermolenko S.B., Arkhelyuk A.D., Pishak V.P., Wanchuliak O.Y., Bachinsky V.T., Grigorishin P.M., Zimnyakov D.A. Phase-polarizing investigation of biotissue fractal structure // Proc. SPIE. – 1999. – Vol. 3904. – P. 549–552.
 14. Ushenko A.G., Burkovets D.M., Yermolenko S.B., Arkhelyuk A.D., Pishak V.P., Wanchuliak O.Y., Bachinsky V.T., Grigorishin P.M., Zimnyakov D.A. Laser polarimetry of the orientational structure of bone tissue osteons // Proc. SPIE. – 1999. – Vol. 3904. – P. 557–561.
 15. Ushenko A.G. Laser probing of biological tissues and the polarization selection of their images // Opt. and Spectr. – 2001. – [Vol.] 91, No. 6. – P. 932–936.
 16. Ushenko A.G. Polarization contrast enhancement of images of biological tissues under the conditions of multiple scattering // Opt. and Spectr. – 2001. – [Vol.] 91, № 6. – P. 932–936.

Поступила 17.09.2015

Сведения об авторах

Бачинский Виктор Тедосович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского правоведения ВУГЗ “Буковинский государственный медицинский университет”, начальник коммунального медицинского учреждения “Черновицкое областное бюро судебно-медицинской экспертизы” Департамента здравоохранения Черновицкой областной государственной администрации.

Адрес: 58000, Украина, г. Черновцы, ул. Кишиневская, 2.

E-mail: sudmed@bsmu.edu.ua.

Ванчуляк Олег Ярославович, к.м.н., доцент кафедры судебной медицины и медицинского правоведения ВУГЗ “Буковинский государственный медицинский университет”, судебно-медицинский эксперт коммунального медицинского учреждения “Черновицкое областное бюро судебно-медицинской экспертизы” Департамента здравоохранения Черновицкой областной государственной администрации.

Адрес: 58000, Украина, г. Черновцы, ул. Кишиневская, 2.

E-mail: sudmed@bsmu.edu.ua.

Гараздюк Марта Славовна, ассистент кафедры судебной медицины и медицинского правоведения ВУГЗ “Буковинский государственный медицинский университет”, судебно-медицинский эксперт коммунального медицинского учреждения “Черновицкое областное бюро судебно-медицинской экспертизы” Департамента здравоохранения Черновицкой областной государственной администрации.

Адрес: 58000, Украина, г. Черновцы, ул. Кишиневская, 2.

E-mail: sudmed@bsmu.edu.ua.

■ УДК 340.6

ТРУДНОСТИ ЭКСПЕРТНОГО, ПРАВОВОГО И МЕДИЦИНСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ВОПРОСОВ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

А.И. Простяков^{1, 2}, А.А. Овчинников², В.Л. Дресвянников^{2, 3}

¹ГБУЗ НСО Новосибирская областная психиатрическая больница № 6 специализированного типа

²ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

³ФКУ Новосибирская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением Минздрава России

E-mail: aprostyakov@ngs.ru, anat1958@mail.ru, glvr_npbstin@mail.ru

DIFFICULTIES IN LEGAL, EXPERT AND MEDICAL REGULATION OF COMPULSORY MEDICAL MEASURES TO THE PERSONS WHO USE SYNTHETIC PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

A.I. Prostyakov^{1, 2}, A.A. Ovchinnikov², V.L. Dresvyannikov^{2, 3}

¹Novosibirsk Regional Psychiatric Hospital No.6 of specialized type

²Novosibirsk State Medical University

³Novosibirsk Psychiatric Hospital (stationary) of Specialized Type with Intensive Supervision

В статье на примере клинического случая рассматриваются вопросы осуществления судебно-психиатрической экспертизы, судебных решений и клинично-медицинского сопровождения лиц, совершивших преступления при их нахождении в состоянии наркотического опьянения, вызванного употреблением синтетического психоактивного вещества ("спайс"). Показаны спорные и дискуссионные моменты принятия решений, связанных с назначением таким пациентам принудительного психиатрического лечения, и возможные подходы к их разрешению.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, принудительное лечение, синтетические психоактивные вещества.

The article gives the sample case of forensic psychiatric examination. The authors discuss the issues of court decisions, clinical and medical support of persons committed crimes under drug intoxication with synthetic psychoactive substance ("Spice"). Disputed and controversial aspects of decision-making are discussed relating to associated with the administration of compulsory psychiatric treatment and possible approaches to their solution.

Key words: forensic psychiatric examination, compulsory treatment, synthetic psychoactive substances.

Вопросы, касающиеся оказания психиатрической и наркологической помощи гражданам, по-прежнему являются актуальными [1, 4]. Анализ употребления сравнительно новых синтетических психоактивных веществ (ПАВ) становится все более значимым, т.к. он связан со сферой судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ). За последние несколько лет поток подэкспертных, совершивших преступления в состоянии наркотического опьянения, а также лиц, уже признанных судами невменяемыми по заключению СПЭ с указанием на употребление ими ПАВ, возрос в несколько раз. Это сопровождается увеличением упущений и дефектов в работе специалистов. Такая ситуация требует разработки ориентировочных алгоритмов действий

психиатров-экспертов и судебных психиатров специализированных учреждений с целью предотвращения вероятных диссонансов при оценке исходных наркологических состояний, а также планирования последующих судебно-медицинских и клинично-динамических мероприятий. В данной работе приводим клинический пример не вполне корректного применения судом принудительной меры медицинского характера (ПММХ) в отношении лица, совершившего преступление на фоне употребления ПАВ по типу "спайс". Данный случай не уникален, но весьма показателен при рассмотрении экспертных, судебных и врачебных решений в плане лиц, имеющих аддиктивный (наркологический) анамнез и токсические предтечи совершения особо опасных деяний.

Анамнестические данные (из медицинской документации и со слов пациента). Пациент Х., пол мужской, возраст 26 лет. Родился в N-ской области, в полной семье, младшим из 3 детей. С дошкольного возраста постоянно проживает в соседней области. Семейный анамнез по психическим заболеваниям неотягощен. Родители развелись, когда ребенку было 3 года; старший брат пропал без вести в начале 2000-х гг. Раннее развитие протекало без особенностей. В школу пошел с 7 лет, всего закончил 9 классов с невысокой успеваемостью по общеобразовательной программе. После школы проучился в ПУ, получил специальность “станочника”. В 2005 г. призван на службу в армию, закончил школу сержантов. Служил разведчиком на Кавказе, принимал участие в миротворческой операции во время конфликта с Грузией; ранений, контузий не имел. После демобилизации вернулся домой, женился, от брака имеет дочь. Спустя два года развелся, непродолжительное время находился во втором браке, который также распался. Пытался устроиться на работу в полицию, но получил отказ, якобы по причине пропавшего без вести брата. Работал на заводе токарем, машинистом рубительной машины, на производстве характеризовался положительно. В 2011 г. был осужден за угрозу убийством на 6 месяцев ограничения свободы. С весны 2012 г. официально нигде не работал. По месту жительства характеризовался отрицательно, с указанием на злоупотребление спиртными напитками, имел склонности к совершению правонарушений.

Со слов отца Х., у сына после возвращения из армии появились странности в поведении, в полнолуние ему мерещились демоны, заявлял, что ему плохо; был замечен в злоупотреблении спиртным, наркотиками “спайс” (“он ими накуривается”); в состоянии опьянения “становится агрессивным, несет бред, говорит все время про церковь”; из разговоров с сыном узнал, что тот неоднократно гонялся за какими-то демонами, хотел срезать волосы у своей знакомой, т.к. считал, что ее подослали демоны. Отец обращался к психиатру по месту жительства, а потом к специалисту другого территориального образования, где его сыну “определили диагноз шизофрения”.

Со слов бывшей жены, после начала курения “спайса” Х. изменился в поведении, когда “накуривался”, вел себя агрессивно, угрожал ей, избивал и душил. Под наблюдением наркологов и психиатров не состоял; “данное поведение проявлялось на протяжении почти 6 лет”. В июле 2012 г. Х. был снят с крыши церкви, по скорой помощи в сопровождении полиции госпитализирован в психиатрический стационар по месту нахождения. Высказывал намерения поговорить с главой города и губернатором о том, что городом управляют криминальные личности, что представители власти и правоохранительные органы действуют сообща, распространяя наркотики и психотропные препараты с целью управления людьми и внушения им чего-либо, заявлял, что его могут убить и “украсть информацию”. В диспансере сообщил, что первый раз употребил ПАВ в феврале 2012 г., в последующем употреблял наркотики неоднократно, чтобы “ввести в заблуждение тех людей, которые им намере-

вались управлять”, хотел поджечь дом отца, “чтобы заставить бояться отца и мачеху”. Выписан из стационара через несколько часов с улучшением, с диагнозом: “Психические и поведенческие расстройства на почве употребления других психоактивных веществ с другими соматическими осложнениями”.

Из постановления суда известно, что спустя неделю после выписки из стационара гр. Х., находясь в состоянии после употребления алкоголя и наркотика, нанес своему знакомому не менее двух ударов ножом в шею, а затем, когда тот уже находился в беспомощном состоянии, один удар топориком в область затылка, причинив тем самым потерпевшему тяжкий вред здоровью.

Со слов потерпевшего известно, что накануне к нему приехал гр. Х. и после совместного распития бутылки вина предложил поехать с ним в деревенскую церковь, в дороге гр. Х. курил какое-то вещество белого цвета. Приехав в деревню, Х. в церковь не заходил, сказал, что “надо ехать в город, найти старую церковь на вокзале”; “был взбудоражен, напряжен, сосредоточен”. Возле городского вокзала церкви не было, гр. Х. был злобен, говорил, что его обманывают, уверяя, “что церкви здесь нет”, снова курил какое-то вещество, после чего “начал нести бред, говорить, что он “черное добро” (“гибрид”)), злился, с кем-то разговаривал, сооружал и крепил на своей руке самодельный крестик, называл потерпевшего “сатаной”, говорил, что хочет взять его в плен, нецензурно бранился, а потом напал на него. После нападения слышал, как кто-то спросил гр. Х. “кто у тебя лежит в машине?”, и тот ответил “три демона на меня напали, один из них лежит в машине”.

Со слов свидетеля, гр. Х. был неадекватен в поведении, находился с обнаженным торсом, стучал в дверь находящегося рядом с местом преступления здания, рисовал на стекле двери изображения в виде креста, кричал “откройте, за мной гонятся! на меня напали, меня хотят убить”. Когда забежал в помещение, спрашивал “это церковь?”, сел на пол, рисовал на полу изображения в виде крестов. После задержания в полиции в тот же день был осмотрен психиатром с подозрением на “F 20.0” (шизофрения).

Из его записи – “в течение 4 суток не спал, т.к. ходил по городу и отслеживал проявление несправедливости, затем поехал в церковь с другом; по дороге другу стало плохо, он ударил себя ножом, а он (гр. Х.) с целью оказания помощи бил топориком”. Вину в совершении преступления признавал частично, от дачи показаний отказывался. В последующем говорил, что он с потерпевшим курил “спайс”, после чего потерпевший подставил нож к шее гр. Х. и сказал “вылазь из машины”, а гр. Х. решил защититься и нанес удар в область шеи, а затем еще один удар топориком. Уверял, что первые свои показания давал “в неадекватном состоянии от происходящего, потому их не подтверждает; в настоящее время все вспомнил; в момент происшествия только употребил “спайс”, но отчетливо все осознавал, свои действия понимал”.

В ходе следствия сначала прошел амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу, где держался со сни-

женным чувством дистанции, был многословен, повышал голос, на вопросы отвечал непоследовательно, вычурно, делал паралогичные заключения, резонерствовал, не мог описать события как предшествующие правонарушению, так и последующие, сообщил, что в момент преступления он “защищался; сработала защитная реакция”.

Рекомендовалось проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы. При ее проведении обнаруживал резидуальные аффективные расстройства в виде повышенного фона настроения, беспечности, поверхностность и непоследовательность суждений, отсутствие целостной критической оценки своего состояния; в психологическом исследовании выявлялись: своеобразии, неустойчивость ассоциаций и мотивационного компонента познавательной деятельности, эмоциональная неустойчивость, иррациональность поступков и суждений. Экспертами был выставлен диагноз: “Смешанное психотическое расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ”. Указывалось, что по своему состоянию пациент не может правильно воспринимать обстоятельства уголовного дела и давать показания, а также самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве. Постановлением суда Новосибирской области гр. Х. по состоянию невменяемости от уголовной ответственности за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью был освобожден, направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа. Находился в СИЗО с декабря 2012 г., там дважды осматривался психиатром: в феврале 2013 г. обнаруживал повышенный фон настроения, держался без дистанции, плоско шутил, мышление было в ускоренном темпе, не всегда последовательное, легковесное, преуменьшал употребление им ПАВ (“пробовал их только 2–3 раза, но ничего не испытывал”), считал себя психически здоровым; спустя месяц “нарушения ориентировки и активной психопродукции не выявлял”. На лечение в психиатрический стационар поступил только в октябре 2013 г.

Психическое состояние при поступлении. Сознание ясное. Ориентировка в собственной личности, в месте сохранена. За текущим временем четко не следит. В беседе вступает охотно, находится в немотивированно повышенном настроении. Речь громкая, в форме монолога. На здоровье не жалуется, не считает себя психически больным человеком. О себе говорит только в положительном ключе. Уверяет, что не совершал преступления, а защищал себя – “это была вынужденная самооборона, всегда себя так веду в случаях опасности, это автоматически, с армии; он срезал с меня цепочку, приставил к шее нож; а перед этим спайс курил”. При этом сам ничего не рассказывает о своей алкоголизации и употреблении наркотика. Настаивает на том, что оба его задержания были связаны с тем, что он сильно хотел попасть в церковь – “сначала церковь была закрыта, меня не пускали, а потом мы с этим знакомым ее не нашли; а душа звала...”. Не обеспокоен помещением его на принудительное лечение, хотя уверен в своем “здоровом” состоянии. Мышление непоследовательное,

аффективно насыщенное, с элементами паралогики. Сообщает сведения, не соответствующие имеющейся документации, никак это не интерпретирует. Галлюцинаторных расстройств не обнаруживает. Своих вопросов не имеет. Актуальной соматоневрологической симптоматики выявлено не было.

Экспериментально-психологическое исследование. Данные исследования выявляют достаточно высокий уровень интеллектуально-мнестических функций, тенденцию к обстоятельности и рассуждательству в мышлении, изменение личности по аддиктивному типу с исходно акцентуированными по гипертимному типу чертами характера.

Динамика психического состояния в течение трех месяцев. В первое время у пациента отмечались настороженность, закрытость, протестное и негативное реагирование в ответ на предъявляемые к нему требования по режиму отделения, которые перемежались с неадекватно ситуацией приподнятым фоном настроения. О содеянном рассказывал исключительно в оправдывающем себя ключе, с чувством собственной значимости. В последующем психический статус определялся неконгруэнтностью эмоционального реагирования складывающимся ситуациям, некоторым волевым снижением, пассивностью и низкой целенаправленностью повседневной деятельности, нарушением критических способностей. Острой психотической симптоматики, агрессии, выраженной психопатологии в целом не отмечалось. В беседах с врачами не скрывал, что употреблял ПАВ, но ссылался, что “спайс” на него никак не влиял. При этом каждый раз называл другое количество курения: то 3, то больше 5, то 7 и т.д.; алкоголь употреблял “иногда, фоном”. Не соглашался с показаниями, которые имеются в документации, трактовал их в свою пользу, не придавал им значения либо уверял, что они неправильные – “не было такого; меня неправильно поняли про “демонов” (я так просто ругаюсь); отец подписывал показания, их не читая; жена на меня была обижена; врачу не понравилось, что я ему улыбался” и т.п. На здоровье не жаловался, психических расстройств сам у себя не определял. Нахождением в стационаре не обеспокоен, при этом активно строил планы на свое будущее, не связывая его с прошлым – “начну с чистого листа”. К проводимым с ним лечебным и диагностическим мероприятиям оставался равнодушен.

Данный клинический пример демонстрирует развитие классического интоксикационного психоза, связанного с употреблением синтетического ПАВ. Имеют место выраженный галлюцинаторный компонент, вторичный интерпретативный бред, патологическая токсическая поведенческая активность (т.н. “прогулка”), сообразные событиям эмоциональные нарушения, дисмнестические расстройства. Личность пациента представляется нам как аддиктивная, с четкими эгоцентрическими и гедонистическими структурными паттернами, со сверхценным поверхностным и персонально искаженным под свои потребности религиозным чувством, с ярко выраженной внешне агрессивной, оправдывающей себя и узаконивающей свои действия позицией. Исходя из заключения стационарной экспертизы, пациент на момент

осмотра обнаруживал уже резидуальные проявления исходного психотического состояния, без психопродуктивных проявлений, что не помешало экспертам все же поставить диагноз психоза, связанного с употреблением «спайса». Осмотры пациента в СИЗО указывают на отсутствие психопродуктивной составляющей состояния пациента с присутствием картины личностной девиации. Другими словами, можно сказать, что к моменту не только составления экспертного заключения, но и вынесения судебного постановления статус пациента четко не входил в критерии формулы невменяемости. Мы предполагаем, что у экспертов были сомнения в прогнозировании полного исчезновения острых психических нарушений, но для разрешения возможных осложнений в таких случаях суду рекомендуется выносить постановление о назначении принудительного психиатрического лечения до выхода из временного болезненного состояния с тем, чтобы человек, совершивший то или иное противозаконное деяние, мог снова предстать перед судом, пройти очередную или повторную судебно-психиатрическую экспертизу. Однако в данном случае пациент был признан невменяемым и освобожден от уголовной ответственности. В итоге, после краткого катамнеза становится достаточно очевидно, что пациент не имеет того состояния, которое бы обуславливало продолжение принудительных мер медицинского характера.

В клинической практике психиатрам все чаще приходится сталкиваться со случаями интоксикационных и постинтоксикационных психозов, возникших вследствие употребления синтетических ПАВ, при этом специалисты часто отмечают достаточно быстрое их разрешение при условии адекватных медицинских вмешательств, а также непродолжительного наркологического анамнеза. После нивелировки актуальной симптоматики наблюдаются личностные (психопатические) изменения, которые, как правило, не исключают возможности назначения судами уголовного наказания. При этом, должно приниматься во внимание, что употребление алкоголя, наркотиков и других ПАВ, способно приводить и к протаргированным психозам, и к грубым органическим расстройствам личности и поведения, а также служить пусковым механизмом и отправной точкой развития психических расстройств уже эндогенного уровня. Все это свидетельствует о том, что подход в вынесении экспертного или судебного решения должен носить сугубо индивидуальный, но никак не «копировальный» характер.

Заключение

В случаях неясного прогноза разрешения острого интоксикационного психотического состояния психиатрам-экспертам следует рекомендовать суду применение ПММХ до выхода из временного болезненного состояния с дальнейшим решением вопросов по делу. При нахождении человека, совершившего преступление на фоне употребления ПАВ, до его перевода в специализированное психиатрическое учреждение, в СИЗО, ме-

стах лишения свободы и т.п., требуется обращать внимание локальных психиатров, представителей адвокатуры и судов на вероятный и возможный выход пациента из острого болезненного состояния. Психиатрам специализированных психиатрических учреждений необходимо помнить, что диагноз и заключение судебно-психиатрической экспертизы не являются для них определяющими во всех отношениях документами, а нуждаются в динамической клинической оценке, в т.ч. и с целью превенции нахождения в стационарах лиц, которые в этом не нуждаются, соблюдая тем самым и их права.

Литература

1. Гаврилова А.С., Усов Г.М. Особенности принудительного лечения больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, с учетом адаптации и качества жизни // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 39–43.
2. Клинические разборы в психиатрической практике / под ред. проф. А.Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 720 с.
3. Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 264 с.
4. Простяков А.И., Овчинников А.А. Терапевтический процесс на стационарном принудительном лечении (современное состояние вопроса) // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 1. – С. 44–47.
5. Руководство по судебной психиатрии / под ред. А.А. Ткаченко. – М.: Ид юрайт, 2013. – 976 с.
6. Чухрова М.Г., Дресвянников В.Л., Маркова Е.В. Наркотическая зависимость: современные стратегии исследования: монография. – Saint-Louis, Missouri: Publishing House Science and Innovation Center, 2015. – 218 с.

Поступила 05.10.2015

Сведения об авторах

Простяков Арсений Игоревич, к.м.н., доцент, преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Адрес: 630003, г. Новосибирск, ул. Владимировская, 2.
E-mail: aprostyakov@ngs.ru.

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Адрес: 630003, г. Новосибирск, ул. Владимировская, 2.
E-mail: anat1958@mail.ru.

Дресвянников Владимир Леонидович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Адрес: 630003, г. Новосибирск, ул. Владимировская, 2.
E-mail: glvr_npbstin@mail.ru.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЭКСПЕРТУ

■ УДК 340.6

К ВОПРОСУ О ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДЕЖДЫ ПРИ ПАДЕНИЯХ С ВЫСОТЫ

В.А. Агафонов, В.В. Юрасов

Филиал № 3 ФГКУ "111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз" Минобороны России, г. Самара
E-mail: 97gcsmk@mail.ru

CHARACTERISTICS OF DAMAGE TO CLOTHING WHEN FALLING FROM HEIGHT

V.A. Agafonov, V.V. Yurasov

Branch No.3, 111th Main State Center of Forensic Medical and Criminalistic Examinations, Ministry of Defense of Russia, Samara

Вопрос повреждений одежды, обуви, снаряжения (фурнитуры) пострадавших и погибших при падениях остается до сих пор изученным недостаточно. В статье приведен пример практической экспертизы трупа в случае падения с высоты, где, наряду с повреждениями на теле отмечались множественные, разнообразные повреждения одежды, обуви и снаряжения, характеризующие различные этапы биомеханизма травмирования.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, падение с высоты, одежда, обувь.

The issues of damaging to clothes, footwear, equipment (accessories) of the injured and died at falling are still studied insufficiently. The article gives an example of the practical examination of the corpse in case of a height fall. The body injuries were accompanied by a variety of multiple damages of clothing, footwear and accessories that characterize the various stages of injuring bio-mechanism.

Key words: forensic medical examination, fall, clothes, footwear.

При современном подходе к исследованию случаев тяжелых сочетанных травм тела эксперт осуществляет комплексную оценку всех выясненных повреждений тела, а также частей одежды и обуви [16].

Изучая доступную научную литературу в процессе выполнения практических судебно-медицинских экспертиз трупов и живых лиц, травмированных при падениях с высоты, мы обратили внимание на то, что вопросы повреждений одежды при данном виде травмы освещены, по нашему мнению, недостаточно.

Травма от падения с высоты является актуальным вопросом судебно-медицинской экспертизы. Так, в крупных городах России на конец 20 века примерно от 30 до 40% смертельной травмы от механических факторов воздействия приходилось на травму от падения с высоты, которая прочно занимает 2-е место после автомобильной травмы [15, 18].

Не случайно в конце 20 и в первом десятилетии 21 века в нашей стране травма от падения с высоты активно исследовалась судебными медиками различных регионов. В результате этих исследований были разработаны единые классификация и терминология, детально изучены характер и механизмы образования повреждений мягких тканей, костей скелета и внутренних органов в зави-

симости от высоты падения, его биомеханических вариантов (положения тела в момент столкновения с поверхностью падения и последующих его эволюций вплоть до полной остановки), придания телу дополнительных ускорений.

Но при этом вопрос повреждений одежды, обуви, снаряжения (фурнитуры) пострадавших и погибших при падениях остается до сих пор изученным недостаточно. В литературных источниках, как правило, упоминается лишь большая важность исследований повреждений одежды, но сами фактические сведения о них довольно отрывочны и бессистемны.

А.И. Муханов указал на возможность образования следов скольжения на одежде, теле и обуви жертвы при ступенчатом падении. Он также упомянул отпечатки рисунка чулок на бедрах, проявившиеся осаднениями и бледными участками соответствующей формы на фоне трупных пятен [11]. На такие "фигурные" отпечатки рельефа одежды указывали А.П. Громов и А.В. Капустин [19]. Р.А. Балаян отметил одежду в качестве одного из факторов, определяющих характер повреждений при падениях с высоты (без детализации существа вопроса). Он также обозначил повреждения обуви, чулок, носков как признаки падения на ноги [3].

А.А. Матышев в своем руководстве указал: "... для падения на ноги и голову характерны протяженные разрывы половин брюк по наружному и внутреннему швам; при ударе плашмя обычно возникают разрывы по боковым швам нижней, обтягивающей туловище, одежды. Лоскутные углообразные разрывы верхних слоев одежды, как правило, образуются от контакта с выступающими предметами в момент отделения тела от места, откуда началось падение, или в процессе падения. Падение на выпрямленные ноги нередко сопровождается повреждениями обуви в виде разрывов подошвы, частичных отрывов каблучков, иногда разрывов швов верха обуви. На обуви могут быть обнаружены загрязнения такими веществами, которые отсутствуют на плоскости соударения и имеются на месте, откуда произошло падение..." [13].

А.И. Авдеев в своей работе, в части, касающейся исследований одежды, обратил внимание на исследование микроследов на одежде и фурнитуре – следов скольжения на поверхности кожаной одежды, на поверхности пуговиц, микропотертостей на поверхности ткани, пылевых и других наложений, пятен крови на месте происшествия и на одежде пострадавших в результате различных условиях падений на лестничных маршах [1].

Руководство А.А. Солохина и Ю.А. Солохина содержит подробные рекомендации по исследованию поврежденной одежды в случаях экспертиз падений с высоты, фотографирования и других способов объективного их документирования. В заключительной части руководства приведено несколько примеров формулировок выводов по экспертизам трупов при различных вариантах падения и с разной высоты. К сожалению, в них отсутствуют данные о повреждениях одежды и их использование в формулировках и обосновании выводов [18].

В лекции В.Д. Исакова в части, касающейся поврежденной одежды и обуви при падениях с высоты, имеются следующие данные: "... для падения на ноги или голову характерными являются обширные разрывы штанин по наружному и внутреннему швам на уровне бедер. При падении на голову они возникают вследствие чрезмерного расхождения в стороны нижних конечностей в момент остановки тела, при падении на ноги – от сгибания их в суставах. При падении плашмя обычно наблюдаются разрывы по боковым швам нижней, обтягивающей туловище, одежды. Лоскутные, углообразные разрывы на одежде, как правило, образуются либо непосредственно перед падением, или в процессе падения в результате контакта с выступающими частями здания... Падение на ноги часто сопровождается повреждениями обуви в виде глубоких зигзагообразных или линейных разрывов на подошвах, отрывов каблучков, иногда с частью подошвы. В этих случаях повреждений в области стоп может и не быть... Обувь на толстой микропористой подошве может почти полностью исключить образование повреждений на стопе. В таких случаях сила первичного удара целиком передается по оси тела, где возникают обширные и распространенные первичные непрямые повреждения..." [7].

Из приведенного нами краткого обзора доступной литературы видно, что имеющиеся в ней сведения о по-

вреждениях одежды и обуви при падениях с высоты не содержат статистических обобщений, в частности, общего количества повреждений одежды среди всех случаев данного вида травмирования, привязок их к высоте и биомеханическим вариантам падений, сопоставлений с характером и морфологическими свойствами повреждений на теле пострадавших.

Пути устранения подобных недостатков в данном вопросе могли бы стать, по нашему мнению, научные подходы, использованные в работах В.И. Акопова и Г.И. Заславского, в которых исследования повреждений на одежде и частях тела от действия тупых предметов и в случаях автомобильной травмы проводились комплексно, с использованием как традиционных методов, доступных любому эксперту в ходе секционного исследования, так и дополнительных лабораторных исследований. В настоящее время, с учетом возросших технических возможностей экспертных исследований, уровня подготовки и технической оснащенности экспертов, такой подход представляется наиболее перспективным и результативным [2, 6].

В конце данного сообщения мы сочли возможным привести пример выполненной нами практической экспертизы трупа в случае падения с высоты, где, наряду с повреждениями на теле, отмечались множественные, разнообразие повреждения одежды, обуви и снаряжения, характеризующие различные этапы биомеханизма травмирования.

М. 22 лет, ростом 170 см, весом 65 кг, с целью самоубийства совершил прыжок с крыши девятиэтажного жилого дома, с высоты 27 метров. Место падения располагалось на расстоянии 10,15 м от вертикали отрыва на утрамбованной влажной песчаной поверхности горизонтального профиля. Смерть наступила на месте в ближайшие минуты после происшествия.

На трупе были: куртка из кожзаменителя; шерстяной трикотажный пуловер; брюки-джинсы с вдетым в пояс форменным офицерским кожаным ремнем; трусы; туфли спортивного фасона, из кожзаменителя, на шнуровке; носки.

При исследовании трупа диагностирована тупая сочетанная травма головы, туловища, верхних и нижних конечностей:

- головы: очаговое субарахноидальное кровоизлияние на выпуклой поверхности правого большого полушария в области затылочной доли, двусторонние переломы обеих мышечковых отростков нижней челюсти, двусторонние переломы обеих скуловых дуг, перелом левой верхнечелюстной кости, ушибленная рана в области подбородка, сквозные ушибленные раны (по 1) в области верхней и нижней губы, множественные ссадины лица, преимущественно выступающих частей его левой половины;
- туловища: груди: прикорневые кровоизлияния и поверхностные разрывы легких в верхних отделах корней, разрыв аорты в начальной части нисходящего отдела, разрыв сердечной сорочки и ушка правого предсердия, кровоизлияния в правую плевральную полость 2000,0 мл и в левую плевральную полость

100,0 мл, кровоизлияния в области основания сердца в местах входа/выхода крупных кровеносных сосудов, кровоизлияния в передней стенке сердечной сорочки и в мягких тканях передней поверхности груди в проекции тела грудины; живота: множественные поверхностные разрывы на диафрагмальной поверхности селезенки, на диафрагмальной и нижней поверхности правой доли печени, очаговые кровоизлияния в шейке желчного пузыря и в печеночно-двенадцатиперстной связке, кровоизлияние в брюшную полость 250,0 мл, фигурная ссадина (отпечаток рельефа одежды) на передней поверхности живота; наружных половых органов: ссадины кожи мошонки справа и слева от корня полового члена, очаговые кровоизлияния в оболочки обоих яичек;

- верхних конечностей: закрытый поперечный перелом левой плечевой кости в области хирургической шейки, открытый многооскольчатый внутрисуставной перелом нижнего конца левой плечевой кости, закрытые поперечные переломы 2–3-й пястных костей левой кисти, ушибленная рана задней поверхности нижней трети левого плеча, множественные ссадины ладонных поверхностей кистей рук, кровоподтеки тыльных поверхностей кистей рук;
- нижних конечностей: открытый оскольчатый перелом левой бедренной кости на границе средней и нижней третей, закрытый оскольчатый перелом правой бедренной кости на границе средней и нижней третей, закрытый многооскольчатый перелом правых пяточной и таранной костей с повреждением капсулы правого голеностопного сустава, открытые вывихи 1–2-й левых плюсневых костей в плюснево-фаланговых и предплюснево-плюсневых суставах, ушибленные раны (2) на передней поверхности левого бедра на границе средней и нижней третей, на передней поверхности левой голени в средней трети (1), в области внутреннего края левой стопы (1), множественные ссадины на передних поверхностях обоих бедер и голени, кровоподтек на тыльной поверхности левой стопы.

На одежде и обуви погибшего при исследовании трупа в морге и последующем медико-криминалистическом исследовании обнаружены следующие повреждения:

- на куртке: несквозной разрыв верхнего слоя кожзаменителя правой полы прямоугольной формы, который образовался в результате зацепа о шероховатую поверхность тупого твердого предмета и натяжения ее в направлении слева сверху вправо вниз; прерывистые участки потертости и загрязнений почвой передней поверхности пояса куртки, направленные сверху вниз и слева вправо; сквозной разрыв на левом рукаве образовавшийся от натяжения материала рукава в направлении изнутри наружу под действием сместившихся костных отломков левой плечевой кости;
- на пуловере: сквозной разрыв на передней поверхности соответственно расположению фигурной ссадины – отпечатку рельефа поверхности пуловера на животе трупа;

- на джинсах: три сквозных разрыва на передней поверхности левой половины, два из которых образовались от натяжения ткани в направлении изнутри наружу под действием сместившихся костных отломков левой бедренной кости, а третий соответственно расположению ушибленной раны на передней поверхности левой голени трупа М.;
- на обуви: отслоения подошвы от верха в области каблука и внутреннего края и множественные параллельные прямолинейные следы скольжения на наружной боковой поверхности верха правой туфли в зоне каблука, соответствующие повреждениям правой стопы трупа М.

В результате комплексной оценки повреждений на трупе, его одежде и обуви был сделан вывод о том, что эти повреждения возникли в результате свободного активного координированного падения М. с большой высоты, с приземлением в вертикальном положении, с первичным ударом о поверхность земли подошвами стоп (преимущественно правой), с вторичными ударами о поверхность земли передней поверхностью груди, живота, лица и нижних конечностей, а также областью локтевого сустава левой руки, согнутой в этом суставе и отведенной от туловища.

Таким образом, на одежде и обуви М. образовались повреждения, характеризующие все основные этапы падения, соответствующие литературным данным, приведенным выше:

- первичные местные – на правой туфле;
- первичные отдаленные – разрывы на левой половине джинсов спереди от действия отломков открытого перелома левой бедренной кости;
- вторичные местные – один из разрывов на левой половине джинсов спереди, повреждения на куртке и пуловере, которые возникли в результате вторичных контактов (удара и скольжения) с поверхностью приземления.

Кроме того, нами было обнаружено повреждение форменного кожаного поясного армейского ремня (ширина 5 см, толщина 0,3 см), вдетого в пояс джинсов, в виде его поперечного разрыва. Разрыв располагался на отрезке ремня, вдетом в рамку пряжки, и проходил через два расположенных друг над другом отверстия для шпеньков. При детальном исследовании краев разрыва установлено, что на лицевой стороне они относительно ровные (мелкозубчатые или волнистые) и на толщину около 1,0–1,5 мм отвесные (начальный участок разрушения материала в результате растяжения). Далее в направлении изнаночной стороны ремня края разрыва неровные, образованы множественными волокнами кожи различной длины, вертикально выступающими в просвет разрыва (зона “дорыва”).

На теле М. в проекции расположения ремня повреждений не отмечалось. Не было повреждений и в области пояса джинсов, в частности, в области пуговицы застёжки пояса (металлическая, приклепанная) и ее петли.

Длина окружности ремня в положении носки и длина окружности пояса джинсов практически соответствовали друг другу (по 85 см).



Рис. 1. Вид положения ремня в поясе джинсов М. и его повреждения (на месте происшествия)



Рис. 2. Разрыв поясного ремня М. в "рабочем" положении ремня



Рис. 3. Особенности краев разрыва средним планом после их сопоставления (с лицевой стороны)



Рис. 4. Особенности краев разрыва средним планом после их сопоставления (с изнаночной)



Рис. 5. Вид краев разрыва после их сопоставления с лицевой стороны крупным планом

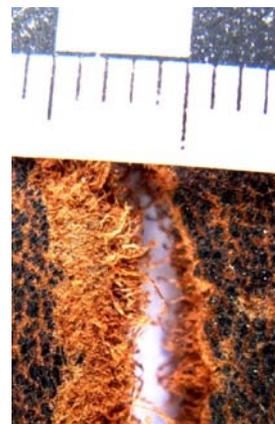


Рис. 6. Вид краев разрыва после их сопоставления с изнаночной стороны крупным планом

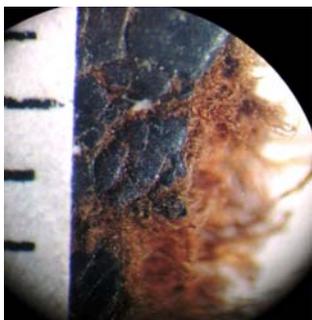


Рис. 7. Микрофотографии фрагментов краев разрыва ремня с лицевой стороны



Рис. 8. Микрофотографии фрагментов краев разрыва ремня с изнанки



Рис. 9. Вид поверхности разрыва ремня крупным планом (масштабная линейка помещена у лицевого края разрыва)

По нашему мнению, разрыв ремня образовался от его натяжения в продольном относительно длинника ремня направлении с приложением силы натяжения на отдалении от места повреждения, в противоположных относительно пряжки направлениях. На это указывают отмеченные выше морфологические особенности повреждения, его расположение в наиболее "слабом" месте ремня, отсутствие на лицевой стороне ремня и его пряжки признаков прямого внешнего механического воздействия. Такое натяжение, по нашему мнению, возникло в момент первичного соударения с поверхностью приземления от инерционного смещения внутренних органов живота в направлении полости малого таза и вызванного им резкого повышения давления в брюшной полости (см. ниже рис. 1–9).

Отсутствие повреждений на теле М. в проекции ремня может быть объяснено значительной шириной ремня и соответственно площадью контакта с телом в момент разрыва.

Отсутствие повреждений пояса джинсов, в частности, его застёжки, казалось бы, имевшей значительно меньшую прочность, чем ремень, стало ясным при детальном исследовании. Пояс имел эластичную структуру и даже при обычном растяжении руками легко увеличивал длину своей окружности на 10 см и более.

Описаний подобных повреждений при падении с высоты мы в изученной литературе не встречали. Это еще раз свидетельствует о том, что повреждения одежды, обуви и снаряжения жертв в случаях падений с высоты нуждаются в дополнительном и более системном исследовании.

Литература

1. Авдеев А.И. Травма на лестничном марше: биомеханика, диагностика, морфология (установление событий и обстоятельств происшествия). – Хабаровск : Издательство краевой клинической больницы, 2001.
2. Акопов В.И. Комплексное исследование при судебно-медицинской экспертизе кожи и одежды тупыми предметами : автореф. дис. ... докт. наук. – М., 1972.
3. Балаян Р.А. Смертельная травма в связи с падением с высоты : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ереван, 1976.
4. Бунятов М.О. Биомеханика повреждений тела человека при падении с большой высоты : автореф. дис. ... докт. наук. – М., 2001.
5. Жуков В.А. Судебно-медицинская оценка повреждений при различных условиях падения человека с малой высоты : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Барнаул, 2007.
6. Заславский Г.И. Соотношение следов и повреждений на одежде и теле при автомобильной травме : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1972.
7. Исаков В.Д. Повреждения при падении с высоты : лекция для слушателей VI факультета ВМедА. – СПб., 1997.
8. Кустанович С.Д. Исследование повреждений одежды в судебно-медицинской практике (практическое руководство). – М. : Медицина, 1965.
9. Кушелев В.П. О повреждениях при падении с высоты в судебно-медицинском отношении : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1954.
10. Лебедев А.Н. Материалы к судебно-медицинской экспертизе повреждений при падении с высоты : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1985.
11. Муханов А.И. Судебно-медицинская диагностика повреждений тупыми предметами. – Тернополь, 1974.
12. Некоторые биомеханические аспекты судебно-медицинской экспертизы смертельных падений с высоты : информационное письмо № 632/01-01 от 5.06.2001 / Российский центр судебно-медицинской экспертизы. – М.
13. Осмотр трупа на месте его обнаружения : руководство для врачей / под ред. проф. А.А. Матышева. – Л. : Медицина, 1989.
14. Павлова Г.В. Морфологическая характеристика и судебно-медицинская оценка повреждений шеи при падении с высоты : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005.
15. Пашина Г.А., Тучик Е.С. Организация осмотра трупа на месте его обнаружения. Экспертиза. – Ижевск, 1999.
16. Попов В.Л. О понятии “повреждение” в судебной медицине // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 1. – С. 32–34.
17. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н “Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации”.
18. Солохин А.А., Солохин Ю.А. Судебно-медицинские аспекты травмы от падения с высоты. – М., 1993.
19. Судебно-медицинское исследование трупа / под редакцией А.П. Громова и А.В. Капустина. – М. : Медицина, 1991.
20. Судебно-медицинская экспертиза повреждений от падения с высоты : письмо главного СМЭ МЗ РСФСР / сост. А.А. Матышев и А.Н. Лебедев. – М., 1990.
21. Хаддат А.Х. Смертельные повреждения при прямом свободном падении с различной высоты : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1984.

Поступила 23.10.2015

Сведения об авторах

Агафонов Владимир Александрович, судебно-медицинский эксперт филиала № 3 ФГКУ “111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз” МО РФ.

Адрес: 443099, г. Самара, ул. Венцека, д. 48.

E-mail: 97gcsmk@mail.ru.

Юрасов Владислав Владиславович, к.м.н., начальник филиала № 3 ФГКУ “111 Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз” МО РФ.

Адрес: 443099, г. Самара, ул. Венцека, д. 48.

E-mail: 97gcsmk@mail.ru.

■ УДК 340.6

К ВОПРОСУ О ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОГТЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Т.Н. Голуб, Е.В. Бергман, М.Х. Шахматова, Ю.С. Исаев

ГБУЗ Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы

ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России

E-mail: iobsme@front.ru, medpravo-irkutsk@mail.ru

ABOUT EVIDENTIAL VALUE IN CRIMINAL TRIAL OF FORENSIC-BIOLOGICAL INVESTIGATION OF HUMAN NAILS

T.N. Golub, E.V. Bergman, M.H. Shahmatova, Yu.S. Isaev

Irkutsk Regional Bureau of Forensic Medical Examination

Irkutsk State Medical University

Представлены материалы судебно-биологического исследования ногтевых пластинок человека. На конкретных примерах судебной практики авторами показана существенная роль полученных результатов для формирования объективной доказательной базы при расследовании тяжких преступлений, направленных против жизни и здоровья, половой неприкосновенности граждан.

Ключевые слова: ногтевые пластинки, судебно-биологические исследования, доказательная значимость.

The article presents the materials of forensic-biological studies of human nail plates. Sample court cases are given to demonstrate essential role of the obtained results in forming unbiased evidence base, when investigating serious crimes against life, health, and sexual immunity.

Key words: nail plates, forensic biological investigation, evidential value.

Судебно-биологическое исследование играет важную роль в расследовании преступлений, направленных против жизни и здоровья человека [1, 2].

Общеизвестно, что одним из объектов биологических вещественных доказательств являются ногтевые пластинки рук человека и их срезы в случаях тяжких преступлений, связанных с убийствами и нарушением половой неприкосновенности человека. Данная позиция подтверждается приказом Минздравсоцразвития № 346-н от 20.08.2010, в котором в п.п. 70.14; 71.12.5; 74.5; 75.6 даются подробные рекомендации о целесообразности изъятия ногтевых пластинок рук человека, о правилах изъятия и методах исследования. Однако частота подобных исследований в судебно-биологических отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы относительно низка. Так, по данным Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за последние 10 лет, ногтевые пластинки и их срезы являются достаточно редким объектом изучения и составляют примерно 1% от всего объема экспертного материала.

В то же время в приказе Минздравсоцразвития РФ № 346-н от 20.08.2010 имеется достаточно большое количество рекомендуемых ссылок на целесообразность исследования ногтевых пластинок и их срезов в качестве биологических вещественных доказательств. В частности, в п. 70.14 данного приказа указано, что при проведении экспертизы подозреваемого в совершении изнасилования «направляют на судебно-биологическое исследование содержимого из-под ногтей подозреваемого для установления наличия крови и эпидермиса потерпевшей».

Подобное негативное положение, сложившееся в судебно-медицинской экспертной службе в отношении практической значимости исследования ногтевых пластинок и их срезов в качестве биологических вещественных доказательств, в первую очередь зависит от тактики правоохранительных органов, не всегда представляющих их доказательную ценность как экспертного объекта. Однако следует отметить, что логически верная стратегическая и тактическая позиция следователя в отношении необходимости изъятия для судебно-биологического исследования ногтевых пластинок, как известно, приводит к объективной реконструкции обстоятельств происшествия и создания фундаментальной доказательной базы для обвинения преступника.

В качестве подтверждения изложенной позиции приводим три наблюдения из собственной практики.

Наблюдение 1

Из материалов уголовного дела известно, что гр-н О. обвиняется в изнасиловании гр-ки И. Следствием представлены вещественные доказательства, в числе которых были и срезы ногтевых пластин обвиняемого гр-н О. При судебно-биологическом исследовании ногтевых пластин было установлено, что при цитологическом исследовании в подногтевом содержимом обвиняемого были найдены клетки (слизистой) эпителия ротовой полости женского генетического пола. При определении их групповой принадлежности они совпали с группой крови потерпевшей гр-ки И. В ходе дополнительного изучения уголовного дела было выяснено, что при совершении насильственного полового акта обвиняемый,

применяя силу, вкладывал в рот потерпевшей седативные таблетки, поэтому в его подногтевом содержимом остались клетки слизистой полости рта женщины. Таким образом, версия следствия о причастности гр-на О. к совершению полового акта в отношении гр-ки И. нашла свое подтверждение в проведенной экспертизе.

Наблюдение 2

Из материалов уголовного дела следует, что гр-н Б. обвиняется в совершении тяжкого преступления – изнасиловании несовершеннолетней гр-ки Т., которое сопровождалось нарушением девственной плевы и повреждением слизистой влагалища. Обвиняемый свою вину не признавал. На исследовании были представлены: смыв с полового члена, трусы, срезы ногтей обвиняемого; содержимое влагалища и ануса потерпевшей; пододеяльник.

Информативными явились все вещественные доказательства. Но конкретно хотелось остановиться на результатах исследования срезов ногтей обвиняемого. Срезы ногтей обвиняемого были взяты в конце вторых суток после указанного происшествия. При осмотре на вогнутой стороне срезов ногтей отмечены грязно-серые наложения с буроватым оттенком. Методом восходящей хроматографии обнаружены следы крови. При цитологическом исследовании обнаружены клетки влагалищного эпителия, где в единичных клетках четко контурировался Х-хроматин. После предъявленных результатов проведенной экспертизы обвиняемый пояснил, что в процессе совершения насильственного полового акта он также вводил пальцы рук во влагалище потерпевшей, что привело к формированию повреждений ее слизистой.

Наблюдение 3

Из постановления следователя стало известно, что некто Р. совершил насильственные действия сексуального характера в отношении ранее неизвестной ему девушки К. Со слов жертвы, она оказала сопротивление насильнику, поцарапав его; затем Р. пытался совершить половой акт с жертвой “per os”, после чего семяизвержение произошло в правую руку девушки. В качестве вещественных доказательств были представлены четыре небольших по размеру среза ногтевых пластин с правой кисти девушки, на вогнутой поверхности которых имелись частицы бурого цвета. Для решения представленных перед экспертом вопросов был использован цитологический метод исследования (окраска по Романовскому–Гимзе и атебрином). Целью цитологического исследования было установление и изучение морфологических признаков клеток на вещественных доказательствах. Для этого смывы, соскобы, вырезки с вещественных доказательств помещали в пробирки, заливали 10% раствором уксусной кислоты и экстрагировали в течение 24 ч при комнатной температуре. Кусочки материала, подвергшиеся экстракции, удаляли, тщательно отжимали из них остатки раствора уксусной кислоты в пробирки. Этот материал в дальнейшем использовали для установления групповой принадлежности биологичес-

ких объектов. Пробирки подвергали центрифугированию в течение 5–10 мин при 1500–2000 об./мин. Затем надосадочную жидкость удаляли. Осадок в виде 2 капель переносили на четыре предметных стекла. Готовые мазки высушивали при комнатной температуре. Для установления наличия гликогена приготовленные препараты обрабатывали парами 5% спиртового раствора йода в закрытых камерах. Затем препараты фиксировали этанолом и окрашивали по Романовскому–Гимзе (одна капля красителя на 1 мл дистиллированной воды) в течение 10 мин. Исследовали в световом режиме на микроскопе “OLIMPUS-CX-31, объектив 100x/1.25 Oil. Для установления половой принадлежности клеток (подногтевое содержимое потерпевшей) препараты окрашивали 0,001% р-ром атебрина в течение 1 мин, споласкивали проточной водой в течение 30 с, исследовали в люминесцентном микроскопе “OLIMPUS CX 31” с объективом масляной иммерсии 100 x/ 1,25.

Групповая принадлежность обнаруженных на вещественных доказательствах объектов определялась с помощью реакций абсорбции в количественной модификации (КРА). Методом количественной абсорбции агглютининов изучали образцы крови, слюны проходящих по делу лиц. Навески по 25 мг из образцов и объектов, а также контрольные навески предмета-носителя помещали в пробирки, заливали 0,15 мл проверенных в отношении титра и специфичности изоагглютинирующих сывороток анти-А и анти-В в титре 1:32, анти-Н КРА в титре 1:32. Абсорбция протекала 18 ч в холодильнике при температуре +6° С. Учет результатов производили титрованием исходных и абсорбированных сывороток 1% взвесью тест-эритроцитов А, В, О. С помощью реакции абсорбции-элюции (РАЭ) исследовали образцы крови и слюны проходящих по делу лиц, параллельно-заведомые образцы крови системы АВО, затем пятна. Исследование проводили реакцией абсорбции-элюции. Абсорбцию осуществляли в течении 20 ч в холодильнике, элюцию проводили в физрастворе хлористого натрия при температуре 52° С. К элюату, перенесенному в чистые пробирки, добавляли соответствующие эритроциты в 1% взвеси. Центрифугировали, учет осуществляли микроскопически. С помощью реакции “смешанной” абсорбции (РСА) выявляли антигены А, В, Н в клетках в соответствии с методическими рекомендациями кафедры судебной медицины Нижегородского медицинского института. Использовали изоагглютинирующие сыворотки альфа и бета в титре 1:256. На зафиксированные препараты наносили вышеуказанные реагенты. Абсорбция длилась 20 часов при температуре +4° С во влажных камерах. Отмывание неабсорбированных антигенов осуществляли охлажденным физ. р-ром 4-кратно по 15 мин, меняя порции физ. раствора. На вышеуказанные препараты помещали капли тест-эритроцитов групп А, В, О (0,3%) свежевзятых, неотмытых. Препараты выдерживали 30 мин во влажных камерах при комнатной температуре. Учет результатов проводили микроскопически через каждые 15–20 мин. За положительный результат принимали подвижное присоединение тест-эритроцитов как по краю клетки (в виде “розетки”), так и на их поверхности.

В результате исследования на срезах ногтей потерпевшей К. обнаружена сперма, кровь человека и клетки глубокого шиповатого слоя кожи мужского генетического пола, при определении групповой принадлежности выявлены антигены А и Н, которые были свойственны обвиняемому Р. и могли произойти за счет его спермы и клеток кожи.

В заключение следует отметить, что несмотря на незаслуженно редкое направление правоохранительными органами ногтей пластинок рук человека на судебно-биологическое исследование, полученные экспертные результаты показывают достаточно высокую их доказательную значимость.

Литература

1. Юрчук О.В., Титаренко Б.Ф. возможности использования цитологического метода исследования при половых преступлениях // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 3. – С. 38–40.
2. Федоровцев А.Л., Эделев Н.С. Современные возможности цитологических исследований объектов судебно-медицинской экспертизы // Вестник судебной медицины. – 2014. – Т. 1, № 3. – С. 18–22.

Поступила 22.09.2015

Сведения об авторах

Голуб Татьяна Николаевна, врач, судебно-медицинский эксперт биологического отделения судебно-медицинской экспертизы ГБУЗ “Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы”.

Адрес: 664022. г. Иркутск, Б. Гагарина, 4.

E-mail: dove_1951@yandex.ru.

Бергман Елена Владимировна, врач, судебно-медицинский эксперт биологического отделения судебно-медицинской экспертизы ГБУЗ “Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы”.

Адрес: 664022. г. Иркутск, Б. Гагарина, 4.

E-mail: Elena@yandex.ru.

Шахматова Марина Хакимовна, врач, судебно-медицинский эксперт судебно-биологического отделения ГБУЗ Иркутское областное бюро судебно-медицинской экспертизы.

Адрес: 664022. г. Иркутск, Б. Гагарина, 4.

Исаев Юрий Сергеевич, д.м.н., профессор кафедры судебной медицины с основами правоведения ГБОУ ВПО “Иркутский государственный медицинский университет” Минздрава России.

Адрес: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1.

E-mail: iobsme@front.ru, medpravo_lrkutsk@mail.ru.

СЛУЧАИ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ



■ УДК 340.6

СЛУЧАЙ СМЕРТИ РЕБЕНКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

И.Д. Старикова¹, С.В. Савченко^{1, 2}, В.П. Новоселов^{1, 2}

¹ГБУЗ НСО Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы

²ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

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

CASE OF A CHILD DEATH DUE TO NOT DIAGNOSED CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA

I.D. Starikova¹, S.V. Savchenko^{1, 2}, V.P. Novoselov^{1, 2}

¹Novosibirsk Regional Clinical Bureau of Forensic Medical Examination

²The Novosibirsk State Medical University

Представлено экспертное наблюдение не диагностированного врожденного порока развития в виде диафрагмальной грыжи с последующим ущемлением и развитием гангрены петель кишечника, приведшей к смерти пострадавшего.

Ключевые слова: врожденный порок развития, диафрагмальная грыжа, гангрена.

The article presents the expert observation of not diagnosed congenital malformation in the form of diaphragmatic hernia followed by pinching and gangrene of intestinal loops, caused the death.

Key words: congenital malformation, diaphragmatic hernia, gangrene.

Как показала судебно-медицинская практика, исследование трупов детей часто вызывает определенные трудности [2, 3]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, от врожденных пороков развития в течение первых 4 недель жизни ежегодно умирают 276 000 детей. Среди всех врожденных пороков аномалии костно-мышечной системы встречаются достаточно часто. В группу последних входят пороки развития диафрагмы, которые формируются на 8–10-й неделе внутриутробного развития, причиной которых могут быть самые разнообразные нарушения эмбриогенеза. Частота данной патологии у новорожденных составляет от 1:2500 до 1:5000 [6]. Если в статистику включить мертворожденных, то истинная частота патологии может составить 1 случая на 2000 рождений [5]. Почти в 90% случаев наблюдается перемещение органов из брюшной полости в грудную клетку через задний щелевидный дефект в пояснично-реберном отделе диафрагмы, который, как правило, расположен слева (в 85–90% случаев). Дефект данной области диафрагмы в литературе часто встречается под названием “щель Богдалека” в честь чешского анатома V.A. Bochdalek, который 1848 г. сообщил о двух случаях, имеющих данную локализацию, и связал

ее возникновение со слабостью мембраны в люмбокостальном треугольнике, что позднее опроверг I. Bromann (1902 г.), установивший, что дефекты заднего отдела диафрагмы возникают вследствие недостаточного слияния поперечной перегородки и плевро-перитонеальных складок.

Несмотря на повышение качества перинатальной диагностики разнообразной патологии – это не исключает в полной мере появление детей с различными аномалиями развития. В нашей практике встретился случай смерти ребенка в возрасте 1 месяца в результате развития гангрены петель тонкого кишечника, ущемленных в просвете (не диагностированного при жизни) врожденного щелевидного дефекта диафрагмы слева.

Из обстоятельств известно, что труп ребенка обнаружен в квартире без внешних признаков насильственной смерти. Сотрудниками следственных органов были опрошены родители, которые пояснили, что в течение дня ребенок был вялый, бледный, за 2–3 дня до наступления смерти был установлен диагноз ОРВИ, назначено лечение, активное посещение врача на дому, также беспокоили “кишечные колики”. Судебно-медицинским экспертом были изучены обменно-уведомительные кар-



а



б

Рис. 1. Перемещение органов брюшной полости в левую грудную, сопровождавшееся поджатием левого легкого



Рис. 2. Дефект реберно-поясничного отдела диафрагмы



Рис. 3. Вздутие и диффузное геморрагическое пропитывание петель кишечника

ты беременной и роженицы, история развития новорожденного, амбулаторная карта ребенка, каких-либо данных о пороках развития, в том числе и по результатам представленных УЗИ плода, не обнаружено.

При наружном исследовании трупа отмечена выраженная бледность кожных покровов. После проведения срединного разреза в левой плевральной полости просматривались: “поджатое” легкое, нижняя доля которого была расположена на уровне 3–4 межреберья, петли тонкого кишечника на протяжении около 15 см и толстого кишечника на протяжении 8 см, также в грудной полости находилась селезенка (рис. 1а, б). В области реберно-поясничного отдела диафрагмы слева имелся округлый дефект (рис. 2) с ровными валикообразными краями, диаметром около 2 см. Петли кишечника свободно смещались в брюшную полость при манипуляциях; селезенка висцеральной поверхностью компактно прилежала к диафрагме, частично перекрывая просвет вышеописанного дефекта, ее сосуды сообщались с брюшной полостью через волокна диафрагмы (“врасстая”), несколько кзади и левее дефекта. Все отделы тонкой кишки, начальные и средние отделы подвздошной кишки, их брыжейка с поверхности на протяжении 23 см темно-бурого, местами черного оттенка, с наложением

белесоватых нитей (фибрин) в небольшом количестве, в просвете полужидкое содержимое красно-бурого цвета (кровь, около 30 мл), слизистая красно-бурого цвета с поперечной складчатостью (рис. 3). Стенка толстого кишечника была не изменена, содержимое зеленовато-желтого цвета на всем протяжении, слизистая гладкая серовато-синюшная. Левое легкое умеренно плотное на ощупь, массой 22 г. Плевра и брюшина гладкие, блестящие. В плевральной полости справа около 18 мл, слева около 20 мл мутноватой жидкости желтоватого цвета с розоватым оттенком; в брюшной полости около 50 мл жидкости аналогичного характера. Органы средостения относительно средней условной линии тела несколько смещены вправо. На секции было отмечено общее венозное полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови, отек головного мозга, отек легких.

При микроскопическом исследовании: в срезах левого легкого были обнаружены первичные и вторичные ателектазы; в срезах тонкого кишечника в просвете сосудов смешанные тромбы, отмечалась десквамация покровного эпителия, некроз части ворсин, в отдельных срезах отмечалось диффузное геморрагическое пропитывание стенки кишки, к слизистой оболочке во многих полях зрения компактно и рыхло прилежали группы

эритроцитов в большом количестве, буровой и оранжевой окраски с не везде различимыми контурами (рис. 4).

Таким образом, при морфологическом исследовании был диагностирован врожденный дефект диафрагмы с выпадением петель тонкого кишечника в грудную полость, с формированием ателектаза левого легкого и развитием гангрены кишечника. Кроме того, была диагностирована эктопия селезенки, которая располагалась в левой плевральной полости и не являлась частью грыжи.

По данным Р. Puri (1989 г.), 30% детей с данной патологией рождаются мертвыми и около 35% умирают вскоре после рождения, еще до поступления в отделение хирургии новорожденных. Однако стоит отметить, что в некоторых случаях вышеописанная патология может не проявлять себя в течение многих месяцев и даже лет, в исключительных случаях даже являться секционной «находкой». В 1650 г. Лазаре Ривьере впервые описал случай врожденного дефекта диафрагмы у молодого человека 24 лет при посмертном исследовании.

В связи с тем, что частой причиной смерти новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей является гипоплазия легкого, то в последнее время предпринимаются попытки диагностики в перинатальном периоде и внутриутробной коррекции порока [5].

Заключение

В приведенном случае у ребенка не был диагностирован врожденный дефект диафрагмы в течение перинатального периода и после рождения. Диагностика данного порока при жизни может быть связана с некоторыми трудностями из-за вариабельности клинической картины в зависимости от особенностей течения у конкретного человека. Своевременная диагностика и хирургическая коррекция данной патологии позволяет избежать смертельного исхода.

Литература

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб. : Хачфорд, 1996–1999. – Т. 1, 3.
2. Новоселов В.П., Савченко С.В., Грицингер В.А., Порвин А.Н. Наблюдение скоростной смерти ребенка в результате кардиомиопатии на фоне патологического отхождения левой коронарной артерии // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т. 2, № 1. – С. 50–52.
3. Попов В.Л., Караваев В.М. Позвоночно-спинномозговая травма у детей как элемент смертельной тупой сочетанной травмы // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 1. – С. 10–14.
4. Сайт ВОЗ. Информационный бюллетень N 370. Апрель 2015 г. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/ru>.
5. Harrison M.R., Langer J.C., Adzick N.S. et al. Correction of congenital diaphragmatic hernia in utero. Initial clinical experience // J. Pediatr. Surg. – 1990, – Vol. 25, No. 1. – P. 47–53.
6. Puri P. Epidemiology of congenital diaphragmatic hernia // Cong. Diaphragm. Hernia. – 1989. – Vol. 24. – P. 22–27.

Поступила 30.09.2015

Сведения об авторах

Старикова Ирина Дмитриевна, врач судебно-медицинский эксперт судебно-гистологического отделения ГБУЗ НСО Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы Минздрава России.
E-mail: faina89@bk.ru.

Савченко Сергей Владимирович, д.м.н., профессор, зав. курсом судебной медицины ФПКППв ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет».

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

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

Новоселов Владимир Павлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом ФПКППв ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет».

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

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

ОБЗОР

■ УДК 340.6

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН

Ю.В. Конотопцева

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный университет

E-mail: sme.ngmu@mail.ru

FORENSIC MEDICAL ASPECTS OF DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN

Yu.V. Konotopseva

The Novosibirsk State University

В статье рассматривается проблема бытового насилия в отношении женщин. Насилие в семье в отношении женщин – серьезная медико-социально-правовая проблема, которая является предметом изучения специалистов различных дисциплин. Доминирующими направлениями в изучении гендерного насилия являются анализ подходов к изучению насилия, оценка его распространенности, социально-демографические особенности насилия в семье, меры профилактики и предупреждения данного вида насилия. В последнее время появились единичные научные исследования, освещающие судебно-медицинские аспекты семейного насилия. Однако следует признать, что данная проблема может быть решена только путем комплексного подхода в рамках межведомственного взаимодействия.

Ключевые слова: насилие в семье, гендерное насилие, домашнее насилие, бытовое насилие, судебно-медицинская экспертиза.

The problem of domestic violence against women is considered in the article. The domestic violence against women is a serious medico-socio-legal problem, and it is the subject of study of specialists in different disciplines. The dominant directions in the study of gender-based violence are the analysis of approaches to the study of violence, its prevalence, socio-demographic peculiarities of violence in a family, measures of prevention of this type of violence. Recently a few scientific research dealing with forensic medical aspects of domestic violence appeared. However, it should be recognized that only integrated approach and cross-department cooperation can solve this problem.

Key words: violence in a family, gender-based violence, domestic violence, forensic medical examination.

Насилие в семье – это выражение для обозначения жестокого обращения в семейно-бытовой сфере, которое включает в себя домашнее насилие [19]. Синонимом термина “домашнее насилие” является “бытовое насилие”, которое также полностью отражает основные критерии данного явления. Более современным термином для определения насилия в семье является “гендерное насилие” [19]. Однако данный термин чаще используется как синоним понятия насилия в отношении женщин, поскольку именно они являются “первоочередными целями” данного вида насилия. В медицинской практике встречаются и случаи насилия в семье, осуществляемого в отношении мужчин [12]. Для определения данного явления еще в 70-е гг. XX в. в США С. Стайнметц был введен термин “синдром избиваемого мужа” [11]. Однако насилие в семье в отношении мужчин – явление достаточно редкое. Так, по данным А.Л. Задарновского, женщины выступают в роли агрессора лишь в 11,68% [6]. В то время как для женщины, по данным К.А. Петросян и соавт., риск пострадать от полового партнера примерно в 8 раз выше, чем у мужчин [12]. По

другим данным [6], от домашнего насилия женщины страдают в 3,33 раз чаще, чем мужчины. В группу риска по внутрисемейному насилию входят также дети, престарелые родственники и инвалиды [4]. В Декларации ООН об искоренении насилия в отношении женщин обозначены три его формы, основанием для выделения которых является место акта насилия, а также характер отношений между лицом, совершившим насилие и жертвой: насилие в семье, насилие в обществе и насилие со стороны или при попустительстве государства. Основная особенность домашнего насилия заключается, прежде всего, в том, что ситуация насилия происходит между людьми, изначально состоящими в близких (интимных) отношениях, которые априори воспринимаются не только как безопасные, но и обеспечивающие защиту и поддержку. Кроме этого, бытовое насилие, как в целом, так и в отношении женщин, имеет и некоторые другие особенности, что допускает рассмотрение данной категории преступлений отдельно. К таковым могут быть отнесены следующие особенности: личностно-бытовые отношения в наименьшей степени подверже-

ны социальному контролю; действия потерпевшего и агрессора в ряде случаев носят ситуативный и, как следствие, аффективный характер, “не получающий разрядки извне в силу особенности личностного общения в семье, среди родных, друзей и соседей”; справедливо считается, что в семейной жизни люди в наибольшей степени подвержены влиянию социальных привычек, обычаев, нравов, национальных и религиозных мотивов [15].

Несмотря на то, что семейное насилие представляет собой значительную проблему, только некоторые результаты исследований позволяют оценить катастрофический масштаб данного явления. Так, по данным Г.П. Афонькина, 30–40% всех тяжких насильственных преступлений совершается именно в семье [1]. В.А. Шакина на основании результатов диссертационного исследования указывает, что женщины становятся жертвами семейного насилия в 93% случаев [18]. Россия является лидером по абсолютному числу жертв домашнего насилия среди женщин: в 45–70 раз больше, чем во Франции и Великобритании, в 16 раз больше, чем в США и в 7 раз больше, чем в Пакистане [13]. Согласно данным Альтернативного доклада о выполнении в РФ Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (2010), в России в результате домашнего насилия ежегодно погибает около 14 тыс. женщин. Как указано в Резолюции круглого стола на тему: “Влияние насилия в семье на здоровье женщин и детей” (2012), “лидирующими” регионами по насилию в отношении женщин стали Москва и Московская область, Тверская, Нижегородская, Новосибирская области и город Санкт-Петербург.

Так как домашнее насилие в отношении женщин традиционно изучалось в рамках социологии и психологии, это явление предлагается рассматривать с точки зрения следующих социо-психологических подходов и концепций:

- исторический подход (насилие как пережиток прошлого);
- виктимологический подход (связь между поведением жертвы и действиями насильника);
- теория социального научения, рассматривающая домашнее насилие с позиции влияния ближайшего окружения на формирование как личности преступника, так и личности жертвы;
- интерактивная теория, которая рассматривает домашнее насилие как систему властных отношений и насилия как способа коммуникации;
- структурная теория (влияние психологии патриархата на развитие в обществе терпимого отношения к насилию);
- ситуационный подход – влияние обстоятельств на распределение власти в семье [8].

В соответствии с данными подходами и концепциями рассматриваются и причины насилия в семье в отношении женщин. Так, например, считается, что агрессивное поведение мужчины в отношении женщины можно объяснить либо с точки зрения врожденной склонности мужчин к агрессии в рамках теории “агрессивного ин-

стинкта” К. Лоренца, либо склонности мужчин с доминированию, эмоциональной независимости, соревновательности в соответствии с принципом полового диморфизма и т.д. Другие специалисты рассматривают как причину насилия проявления личностных особенностей характера агрессора [9]. Описательная модель жестокого обращения в отношении женщин впервые была предложена Ленор Уокер в ее книге о насилии в семье “Избитая женщина” (1979). Следует отметить, что объектом внимания Л. Уокер является наиболее распространенный сценарий, в котором “агрессоры всегда мужчины, а жертвы – всегда женщины” [14]. В настоящее время данная концепция, именуемая циклической теорией насилия, рассматривает шаблон отношений между жертвой и агрессором в три фазы:

- 1) “нарастание напряжения”;
- 2) “взрыв, или острый конфликт, с применением силы”;
- 3) “доброта и раскаивающаяся любовь – идиллия и покой временной передышки” (“медовый месяц”) [14].

После “медового месяца” отношения возвращаются на первую стадию, и цикл повторяется. С течением времени каждая фаза становится короче, вспышки жестокости учащаются и причиняют больший ущерб жертве насилия [12]. Попытка порвать отношения с агрессором, как правило, сопровождается значительным увеличением опасности для жертвы [3].

В зависимости от результата насилия в отношении женщин можно выделить 4 основных его вида: физическое насилие – систематическое применение силы (избиение, попытки удушения, укусы, бросание в человека предметов, пинки и толчки) или угрозы применения холодного или огнестрельного оружия; сексуальное насилие (в том числе изнасилование в браке) и другие действия, включающие принуждение к занятию сексом с партнером или другими лицами, унижающие человеческое достоинство женщины, или категорический отказ от безопасного секса; психологическое насилие – угроза причинения вреда здоровью, угроза убийством, эмоциональное и моральное воздействие (“тактика запугивания”: угрозы, брань, оскорбления, унижительные комплименты; использование “мужских привилегий”: обращение с женщиной как с прислугой, недопускание до решения важных семейных проблем, назначение выполняемой роли и др., эмоциональное подавление женщины) [18]. Также в отношении женщин выделяется и экономическое насилие, которое заключается в отказе в деньгах, ограничении доступа к ним, ограничении возможности достичь экономической самостоятельности. Отдельной разновидностью насилия в семье может служить пренебрежение основными нуждами [10]. Следует отметить, что характер насилия и социальная среда, в которой оно имеет место, претерпели изменения в течение последних лет. Так, если еще некоторое время назад считалось, что насилие совершается только в неблагополучных семьях, то на сегодняшний день соотношение благополучных и неблагополучных семей по внутрисемейному насилию составляет 38,4 и 61,6% соответственно [8].

Анализ судебно-медицинской документации свидетельствует о том, что семейное насилие в основном совер-

шается в отношении женщин наиболее работоспособного и, соответственно, наиболее значимого в экономическом отношении возраста. Так, О.А. Дмитриева и Т.М. Федченко указывают среди пострадавших женщин преобладание возрастной группы от 20 до 45 лет [3]; А.Л. Задарновский – от 25 до 48 лет [6].

Агрессором чаще (58%) выступает тот или иной близкий мужчина (нынешний или бывший муж, жених, сожитель или любовник) [5]. А.Л. Задарновский также указывает, что субъектом домашнего насилия в отношении женщин в 37,99% был муж, в 14,37% – сожитель, в 5,27% – бывший муж [6].

В подавляющем большинстве случаев домашнего насилия травмы причиняются дома 86,35% [6].

Важным показателем семейного насилия является неоднократность его эпизодов. По данным А.Л. Задарновского, из 4724 экспертных случаев обращений по поводу домашнего насилия было выявлено 848 случаев (17,95%) повторного обращения на судебно-медицинскую экспертизу. Повторные обращения в экспертное учреждение были отмечены чаще в том случае, если в роли агрессора выступал бывший муж или сожитель [6]. Данный факт может быть обусловлен отсутствием фактических близких отношений с агрессором и, соответственно, меньшей опасностью для потерпевшей в случае ее обращения в экспертное учреждение или правоохранительные органы. Еще одним важным фактором, подтверждающим положения теории насилия Л. Уокера, является то, что если в первых эпизодах домашнего насилия при судебно-медицинском освидетельствовании, обнаруживают лишь ссадины и кровоподтеки, то со временем повреждения, причиняемые жертве домашнего насилия, становятся более серьезными (в том числе – несовместимыми с жизнью) [3, 6].

Данные Альтернативного доклада о выполнении в РФ Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (2010) свидетельствуют о том, что семейные преступники все чаще становятся “вооруженными”. Это также находит подтверждение в судебно-медицинских данных. О.А. Дмитриева и Т.М. Федченко указывают, что наиболее часто у жертв домашнего насилия встречаются повреждения, причиняемые тупыми твердыми предметами (89%), в 6% случаев повреждения причиняются острыми предметами [3]. В соответствии с результатами диссертационного исследования, проведенного А.Л. Задарновским, травмирующим предметом в 11,98% является нож [6]. По данным К.Ю. Каменевой, термические и химические ожоги, причиняемые “сожителям”, встречаются в 72,4% случаев от всей совокупности умышленно причиняемых ожогов в различных социальных группах [7]. Наиболее типичной локализацией повреждений при насилии в семье является голова (18,17%) [6].

Наиболее распространенными вариантами повреждений в случаях насилия в семье могут быть: повреждения наружных кожных покровов и слизистых оболочек (кровоподтеки, ссадины, царапины), раны (ушибленные, рваные, рвано-ушибленные, колотые, резаные, колото-резаные и др.), повреждения суставного и связочного аппарата без переломов, закрытые переломы трубчатых

и плоских костей, черепно-мозговая травма, термические повреждения (ожоги, отморожения), торокоабдоминальная травма, повреждения зубов, языка, десен, мягких тканей шеи, хрящей гортани, повреждения глаз и ушных раковин, а также повреждения наружных половых органов [15]. Более 60% избитых женщин получают травмы различной степени тяжести [5]. Распределение полученных женщинами в бытовом насилии повреждений по тяжести вреда здоровью, согласно данным разных авторов, представлено следующим образом: повреждения, не причинившие вред здоровью, составляют 72–78,59% от общего количества обратившихся в экспертные учреждения, повреждения, причинившие легкий вред здоровью составляют 14,67–21%; средней тяжести вред здоровью – 4,27–5% и тяжкий вред здоровью – 2–2,47% [6, 3]. Последствия бытового насилия в отношении женщин условно предлагается разделить на 3 группы [13]: эпидемиологические последствия (последствия для психического здоровья, физического здоровья и репродуктивного здоровья), демографические последствия (снижение рождаемости, увеличение показателей материнской смертности и фетоинфантильные потери) и экономические последствия [13].

К психическим последствиям относятся межличностные нарушения; психосексуальные дисфункции; нарушение формирования психологической готовности к материнству и др. [12]. Физические последствия представлены у женщин жертв домашнего насилия психосоматической патологией с разными вариантами клинической картины [6, 14, 16], отклонениями поведения, связанными с притуплением инстинкта самосохранения и предрасположенностью к формированию зависимостей (алкогольной, никотиновой, лекарственной и т.п.). Также к физическим последствиям относятся смерть женщины или убийство жертвой своего агрессора [17]. У женщин, которые подвергаются насилию, может выработаться так называемый “синдром избиваемой женщины”, который является результатом длительной многолетней стрессогенной ситуации в условиях деструктивных супружеских отношений. Одним из последствий данного синдрома является совершение женщинами агрессивных деликтов (в т.ч. убийств) в условиях нарастания у них гнева, раздражительности и злобы по отношению к обидчику на фоне “исчерпывания” защитных механизмов подавления агрессии. Травмы половых органов, возможность нежелательной беременности и, соответственно, формирование группы риска искусственных абортов, в том числе криминальных, материнская соматическая заболеваемость; патология беременности и др. относятся к группе последствий насилия для репродуктивного здоровья женщин [17]. Не вызывает сомнения и вполне реальная возможность наступления последствий для детей, в семьях которых совершалось насилие – они могут сами выступать как в роли агрессоров, так и быть жертвой в своих семьях [2].

На сегодняшний день в мировой практике существуют два основных подхода к проблеме предотвращения домашнего насилия: ресторативный (направлен на сохранение семьи и включающий, например, принудительные программы медицинской и психологической помощи) и

карательный (фактически направленный на разрушение цикла насилия). Доминирующим подходом в большинстве стран с развитой законодательной базой, в том числе в РФ, считается карательный. Единственным правовым механизмом, позволяющим реально противостоять семейному насилию, является УК РФ и Кодекс об административных правонарушениях. Однако реализация карательного подхода в решении именно проблемы семейного насилия осложняется тем, что законодательная база РФ не содержит специальных статей, направленных на правовое регулирование данной проблемы. В то же время в правоохранительные органы за защитой обращается только 30–40% женщин, оказавшихся в ситуации домашнего насилия [5]. Следует, однако, отметить, что Советом Федерации разрабатываются соответствующие поправки в Уголовный кодекс, направленные на улучшение ситуации в отношении семейного насилия.

Судебно-медицинская экспертиза в делах о домашнем насилии также не является особым видом экспертиз. Однако нельзя сказать, что данная проблема абсолютно не интересует судебно-медицинских экспертов. Так, при опросе жертвы семейного насилия предлагается введение некоторых специальных вопросов: “Какие события предшествовали получению повреждений?”, “Каким способом было причинено повреждение?”, “Какова была реакция окружающих на полученную травму, насколько быстро обратились за медицинской помощью?” и пр. [15].

Как считают авторы, большое значение для полноценной оценки имеют и представления об окружающей обстановке и семейно-социальная характеристика, которые можно выяснить при обращении пострадавшей в медицинское учреждение [15]: каков состав семьи, с кем проживает потерпевшая и какие между ней и правонарушителем отношения, имеются ли в семье признаки социального неблагополучия: “бедность, безработица, отсутствие средств к существованию”, наличие семейных скандалов, наличие зависимостей у членов семьи и др. При отсутствии соответствующей информации в медицинской документации судебно-медицинский эксперт также может сделать акцент на этих и некоторых других моментах (либо попросить свидетелем заполнить соответствующую анкету).

В последние годы появились работы судебно-медицинских экспертов, в которых рассматриваются отдельные вопросы судебно-медицинской оценки тяжести вреда здоровью в случаях семейного насилия. Так, А.Л. Задарновский в рамках диссертационного исследования предпринял попытку выявления прямой причинно-следственной связи между психотравмирующими ситуациями в отношении женщин в условиях длительного и систематического семейного насилия и развившимися у них психосоматическими расстройствами (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, невротения, бронхиальная астма, хронический бронхит, хронический холецистит, хронический панкреатит, хронический гастрит и др.); обосновал необходимость привлечения к производству судебно-медицинских экспертиз в случаях домашнего насилия медицинских психологов и психологов общей практики [6].

О.А. Дмитриева и соавторы [4] по результатам анализа 3560 судебно-медицинских заключений, произведенных в ГУЗ “Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы” за 2004–2008 гг. по поводу внутрисемейного насилия, пришли к закономерному заключению, что у лиц (в том числе и женского пола) в пожилом и старческом возрасте, заживление причиненных им телесных повреждений имеет определенные особенности, которые обусловлены инволютивными изменениями организма и хроническими заболеваниями. В своей работе авторы делают акцент на том, что для данной категории лиц при производстве судебно-медицинской экспертизы необходимо установление причинно-следственной связи между травмой и заболеванием, с учетом возможности “синдрома взаимного отягощения болезней”. Кроме этого, как считают авторы, при производстве судебно-медицинской экспертизы также необходимо учитывать и прием большого количества лекарственных препаратов лицами данной возрастной группы, а также возможность наличия у потерпевшей психических расстройств как результата сосудистых заболеваний головного мозга, которые сами по себе могут служить причиной длительно сохраняющейся конфликтной ситуации в семье. Таким образом, выявленные особенности и несомненная социальная значимость такого явления, как насилие в семье в отношении женщин, свидетельствуют о необходимости как совершенствования методологических подходов к производству судебно-медицинских экспертиз, так и развития взаимодействия с другими лечебно-профилактическими учреждениями, правоохранительными органами, общественными организациями, а также организациями, обеспечивающими социальную и психологическую поддержку [3].

По мнению многих авторов, судебно-медицинская экспертная практика позволяет изучить практически все стороны семейного насилия в отношении женщин и других категорий населения, что, в свою очередь, может способствовать разработке определенных мер профилактики и предупреждения домашнего насилия. Однако бесспорным следует признать и тот факт, что проблема семейного насилия в целом не может быть решена только путем совершенствования законодательной базы, привлечением к решению данного вопроса общественных организаций, социальных и психологических служб или изменением подходов к судебно-медицинской экспертной оценке тяжести вреда здоровью в случаях семейного насилия. Бытовое насилие начинается с семьи, что делает помощь одному отдельно взятому человеку (женщине, ребенку, инвалиду) или семье, пусть даже и в полном объеме, абсолютно неэффективной мерой в рамках проблемы семейного насилия в целом. “Обществу необходимы масштабные изменения, чтобы перестать из года в год “плодить” тысячи новых тиранов и их жертв” [14]. Таким образом, насилие в семье, в том числе насилие в отношении женщин, являясь многофакторной медико-социально-правовой проблемой, может быть решено только в рамках междисциплинарной модели путем межведомственного взаимодействия специалистов различных отраслей науки и практики.

Литература

- Афонькин Г.П. Современные проблемы правового обеспечения уголовной ответственности за семейное (домашнее) насилие в России [Электронный ресурс] // NB: Российское полицейское право. – 2013. – №3. – С. 56–74. – URL: http://e-notabene.ru/pm/article_8912.html (дата обращения 10.12.2015).
- Гавриченко И.П., Петросян К.А., Савенкова Е.Н. Некоторые аспекты судебно-медицинской оценки физического насилия в семье [Электронный ресурс] // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 243. – URL: <http://medconfer.com/files/archive/2013-02/2013-02-6-T-1920.pdf> (дата обращения 10.12.2015).
- Дмитриева О.А., Федченко Т.М. Внутрисемейное насилие: судебно-медицинский анализ [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vnutrisemejnoe-nasilie-sudebno-meditsinskiy-analiz.pdf> (дата обращения 12.11.2015).
- Дмитриева О.А., Федченко Т.М., Хольтер Е.А. Пожилой и старческий возраст: особенности судебно-медицинской стратегии [Электронный ресурс] // Перспективы научных исследований. – 2010. – С. 12–14. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/pozhiloy-i-starcheskiy-vozrast-osobennosti-sudebno-meditsinskoj-strategii.pdf> (дата обращения 10.12.2015).
- Жульжик Е.А. Насилие над женщиной в семье [Электронный ресурс] // Концепт. – 2014. – № 05 (май). – URL: <http://e-kon-sept.ru/2014/14135.htm> (дата обращения 12.11.2015).
- Задарновский А.Л. Судебно-медицинская экспертная оценка вреда, причиненного здоровью, в случаях насилия в семье: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010.
- Каменева К.Ю. Судебно-медицинская экспертиза химических и термических ожогов как результата агрессии человека // Медицинская экспертиза и право. – 2014. – № 4. – С. 41–43.
- Калабихина И.Е., Козлов В.А. Домашнее насилие в отношении женщин в современной России: влияние социально-демографических характеристик супругов на распространенность насилия [Электронный ресурс]. – URL: http://www.hse.ru/data/2011/03/23/1223059312/4-Kalabihina_Kozlov.pdf (дата обращения 12.11.2015).
- Клецина И.С., Иоффе Е.В. Гендерный подход в анализе причин проявления насилия в близких отношениях между мужчинами и женщинами [Электронный ресурс] // Женщина в Российском обществе. – 2015. – № 1. – С. 4–17 – URL: http://womaninrussiansociety.ru/wp-content/uploads/2015/04/Kletsina_loffe_4_17.pdf (дата обращения 10.12.2015).
- Курзин Л.М., Ефимов А.А., Лазарева Е.Г. Синдром жестокого обращения с ребенком. Судебно-медицинские аспекты [Электронный ресурс] // Вестник ТГУ. – 2014. – Т. 19, Вып. 2. – С. 753–757. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-zhestokogo-obrascheniya-s-rebenkom-sudebno-meditsinskie-aspekty> (дата обращения 11.12.2015).
- Лысова А.В., Щитов Н.Г. О внутрисемейном насилии [Электронный ресурс] // Социологические исследования. – 2010. – № 10. – С. 55–62. – URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/2011/02/23/1214890288/Lisova.pdf> (дата обращения 10.12.2015).
- Петросян К.А., Ефимов А.А., Алексеев Д.Д., Савенкова Е.Н., Буров В.В., Кулаева Л.В. Насилие в семье: судебно-медицинские аспекты // Альманах современной науки и образования [Электронный ресурс]. – 2013. – № 1 (68). – С. 108–111. – URL: www.gramota.net/editions/1.html (дата обращения 12.11.2015).
- Руднев А.О. Медико-социальные аспекты насилия в отношении женщин в семье (распространенность, факторы риска и профилактики): дис. ... канд. мед. наук. – М., 2014. – 194 с.
- Селани Д.П. Иллюзия любви: почему женщина возвращается к своему обидчику. – М.: Класс, 2013. – 264 с.
- Солодун Ю.В., Шевцова И.Я. Судебно-экспертные оценки вреда здоровью в случаях домашнего насилия: методическое руководство. – Иркутск: Изд-во ИргТУ, 2000 – 140 с.
- Солодун Ю.В., Задарновский А.Д., Злобина О.Ю. Экспертная оценка расстройств здоровья, вызванного психоэмоциональной травмой // Вестник судебной медицины. – 2014. – Т. 3, № 3. – С. 46–49.
- Сурмач М.В., Сурмач А.В. О возможностях системы здравоохранения в Российской Федерации в устранении последствий гендерного насилия: обзор современных медико-социальных проблем // Медицинские новости. – 2003. – № 10. – С. 53–58.
- Шакина В.А. Женщина как жертва семейного насилия в супружеских отношениях: проблемы; причины; предупреждение: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Иркутск, 2002. – 22 с.
- Принося безопасность домой: борьба с насилием в отношении женщин в регионе ОБСЕ. Сборник примеров хорошего опыта [Электронный ресурс] // Секретариат ОБСЕ. – 2009. – URL: <http://www.osce.org/ru/gender/37439?download=true> (дата обращения 10.12.2015).

Поступила 02.11.2015

Сведения об авторе

Конотопцева Юлия Владимировна, к.м.н., ассистент кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет».

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

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ

ПОСВЯЩЕНИЕ УЧИТЕЛЮ (К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА В.Н. КРЮКОВА)

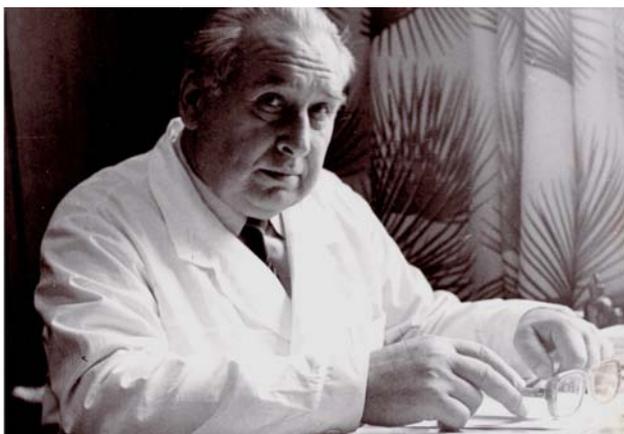
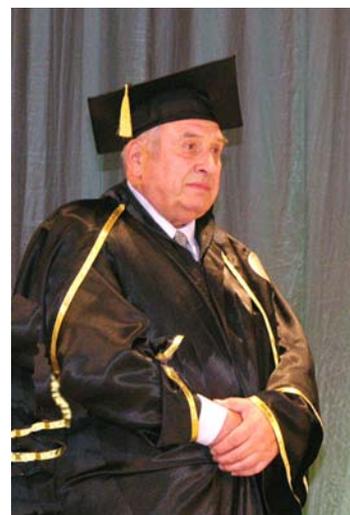
DEDICATION TO TEACHER (TO 85th ANNIVERSARY OF PROFESSOR V.N. KRYUKOV)

22 октября 2015 года в Алтайском государственном медицинском университете при участии администрации Алтайского края состоялись юбилейные мероприятия, посвященные 85-летию со дня рождения ректора АГМИ (1964–1979), заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук, основателя школы судебной медицины Алтая, профессора Виталия Николаевича Крюкова. 18 января 2015 года В.Н. Крюкова не стало, до своего юбилея он не дожил всего полгода.

К этому дню в АГМУ долго и тщательно готовились. Сотрудники вуза и кафедры судебной медицины и права с курсом ФПК и ППС имени профессора В.Н. Крюкова усердно собирали материал, людей, идеи для осуществления этого замысла.

В мероприятиях приняли участие представители администрации Алтайского края, ректораты алтайских вузов, руководители лечебно-профилактических учреждений Алтайского края, судебно-медицинские эксперты Алтайского края, выпускники АГМИ-АГМУ разных лет, сотрудники Алтайского государственного медицинского университета. Со стороны родственников Виталия Николаевича присутствовали дочери Светлана Витальевна Барулина и Алла Витальевна Цайтлер, двоюродные братья Анатолий Васильевич и Владимир Васильевич Федоровы. Ассоциацию Судебных медиков Сибири представлял ее председатель профессор Владимир Павлович Новоселов.

Мероприятия включали установление памятных досок профессору В.Н. Крюкову на фасаде главного корпуса АГМУ и на его историческом рабочем кабинете ректора АГМИ. 22–24.10.2015 г. в главном корпусе АГМУ работала выставочная экспозиция, посвященная АГМУ периода ректорства Виталия Николаевича Крюкова. На ней были представлены документы, личные вещи, фотографии, воспоминания очевидцев и другие свидетельства деятельности профессора В.Н. Крюкова как в качестве ректора АГМИ, так и основателя и заведующего кафедрой судебной медицины, а затем почетного профессора этого вуза.



В.Н. Крюков

Актовый зал АГМУ с трудом вместил желающих присутствовать на торжественной конференции, посвященной 85-летию профессора В.Н. Крюкова. Открывал конфе-

ренцию ректор АГМУ, профессор Игорь Петрович Салдан.

С приветственной речью выступил заместитель губернатора Алтайского края, начальник Главного управления образования и молодежной политики Алтайского края Юрий Николаевич Денисов. Торжественный доклад, посвященный этому знаменательному событию, сделал ректор АГМУ профессор И.П. Солдан. На конференции прозвучали выступления сотрудников медуниверситета, работавших под руководством профессора В.Н. Крюкова, считающих себя его учениками и последователями. Всего было сделано более 10 докладов. От судебно-медицинской общественности своими воспоминаниями поделился ученик Виталия Николаевича, профессор Баграт Амаякович Саркисян. Все выступления отлича-

лись теплотой, душевностью и высокой степенью уважения к личности и вкладу Виталия Николаевича в развитие вуза в целом и в судьбу каждого, кто имел счастье общения с ним. Практически каждый отмечал особое неформальное отношение В.Н. Крюкова к делам и людям, отмечалась его высочайшая порядочность и высокая требовательность к себе и окружающим.

Несмотря на мемориальный характер этого большого мероприятия, в университете царил праздничный, приподнятая атмосфера. Хороший, добрый праздник, в очередной раз подтвердивший масштаб личности нашего учителя и наставника, выдающегося ученого и замечательного человека, профессора ВИТАЛИЯ НИКОЛАЕВИЧА КРЮКОВА.

Поступила 10.11.2015

■ УДК 340.6

КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ НОВОСИБИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 80 ЛЕТ

А.П. Надеев

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск

E-mail: nadeevngma@mail.ru.

80 ANNIVERSARY OF DEPARTMENT OF PATHOLOGICAL ANATOMY AT THE NOVOSIBIRSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

A.P. Nadeyev

Novosibirsk state medical university

Осенью 2015 г. исполнилось 80 лет с момента основания кафедры патологической анатомии Новосибирского государственного медицинского университета. Кафедра патологической анатомии приняла первых студентов, переведенных на 3-й курс вновь открывшегося Новосибирского государственного медицинского института (НГМИ), 1 сентября 1935 г.

Первым заведующим кафедрой патологической анатомии стал профессор Виталий Михайлович Константинов (1897–1967). В 1921 г. В.М. Константинов окончил медицинский факультет Томского университета. С 1921 по 1931 г. состоял научным сотрудником и ассистентом кафедры патологической анатомии медицинского факультета Томского университета. С организацией в Томске Института усовершенствования врачей в период с 1928 по 1930 г. исполнял обязанности ассистента, в 1930–1931 гг. являлся приват-доцентом, и. о. заведующего кафедрой патологической анатомии. В 1931 г. был избран заведующим кафедрой патологической анатомии Новосибирского института усовершенствования врачей. В 1935 г. – заведующим кафедрой патологической анатомии Новосибирского медицинского институ-

та. В 1936 г. в Ленинградском филиале Всесоюзного Института экспериментальной медицины под руководством профессора Н.Н. Аничкова защитил докторскую диссертацию на тему: “Об особенностях распределения в организме витально красящих веществ и взвесей при различных экспериментальных воздействиях”. В этот период на кафедре патологической анатомии НГМИ работали Е.Б. Оречкина, М.Ф. Карпова, Л.И. Сурикова, Ю.В. Гулькевич (участник Великой Отечественной войны с первых дней ее начала и до Победной весны 1945 г., состоял в комиссии по исследованию трупов главарей фашистской Германии, включая А. Гитлера; в дальнейшем – член-корреспондент АМН СССР, заведующий кафедрой патологической анатомии Минского государственного медицинского института) (рис. 1). Значительная часть научных трудов Виталия Михайловича Константинова и его учеников была посвящена изменениям ретикуло-эндотелиальной системы при воспалении, воздействию аллергических факторов, ишемии. В годы Великой Отечественной войны научные исследования были направлены на изучение патоморфологии боевой травмы и ее последствий, особенностям развития ряда

заболеваний в условиях военного времени. В послевоенное время на кафедру патологической анатомии пришли новые сотрудники – А.А. Головина, А.В. Струсевич (участник Великой Отечественной войны), Н.В. Каньшина (в дальнейшем – профессор, заведующая кафедрой патологической анатомии Новокузнецкого ГИДУВа), Л.П. Шахматова, И.А. Аличкина, А.М. Шабанов, Г.Г. Часовских (в последующем – профессор, заместитель директора по научной работе НИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина), В.И. Казанин, А.В. Рысенко, Д.К. Тарадайко. В этот период В.М. Константинов и его ученики были заняты изучением вопросов патологической анатомии патологии, распространенной в Новосибирской области – эхинококкоза, Сартланской болезни. Профессор В.М. Константинов, автор 69 научных трудов, в том числе – 2 монографий. Под его руководством было защищено 18 докторских и кандидатских диссертаций. Виталием Михайловичем в Новосибирске было организовано научное общество врачей-патологоанатомов, бессменным председателем которого был он сам. Он принимал участие в работе правления Всесоюзного научного общества патологоанатомов, был членом редакционного совета журнала “Архив патологии”. За трудовые заслуги В.М. Константинов награжден орденами Ленина и Трудового Красного Знамени.

После смерти В.М. Константинова в 1967 г. обязанности и.о. заведующего кафедрой патологической анатомии в течении года исполнял доцент Анатолий Владимирович Струсевич (1911–1986).

В 1968 г. на должность заведующего кафедрой патологической анатомии НГМИ был избран профессор Михаил Алексеевич Самотейкин (1926–1987). М.А. Самотейкин окончил в 1951 г. Саратовский медицинский институт. В 1954 г. защитил кандидатскую диссертацию. С 1954 г. М.А. Самотейкин работал на кафедре патологической анатомии Благовещенского медицинского института, а в 1956 г. его избрали заведующим этой кафедрой. В 1966 г. он защитил докторскую диссертацию на тему “Бронхоспазматический ателектаз легких и его роль в развитии пневмонии у детей раннего возраста”. С 1968 г. вся дальнейшая деятельность профессора М.А. Самотейкина неразрывно связана с НГМИ: в 1968 г. – декан лечебного факультета, с 1971 по 1978 гг. – проректор по учебной работе. Под руководством М.А. Самотейкина на кафедре патологической анатомии НГМИ интенсивно изучали патологию микроциркуляции в сердце, почках и головном мозге в возрастном аспекте и при различных заболеваниях. М.А. Самотейкин – автор 160 научных работ, под его руководством выполнено 20 кандидатских и 6 докторских диссертаций. М.А. Самотейкин был бессменным председателем Новосибирского научного общества врачей-патологоанатомов, членом правления Всесоюзного научного общества патологоанатомов, членом редакционного совета журнала “Архив патологии”. Трудовые заслуги М.А. Самотейкина были отмечены медалями, значком “Отличник здравоохранения”. В этот период на кафедре патологической анатомии работали О.В. Баланчук, В.А. Жукова (ныне – доцент, заслуженный врач РФ), В.А. Голов-



Рис. 1. Коллектив кафедры патологической анатомии Новосибирского государственного медицинского института в 1935 г. (сидит крайний слева – профессор В.М. Константинов, крайняя справа – доцент Е.Б. Оречкина; стоит крайний слева – ассистент Ю.В. Гулькевич)

нев, Л.М. Непомнящих (в последующем – заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАН, директор НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН), В.И. Иркин, Г.Ф. Демиденко, В.А. Травин и другие.

В связи с тяжелой болезнью профессора М.А. Самотейкина в 1983 г. и.о. заведующей кафедрой патологической анатомии была назначена доцент Александра Александровна Головина.

В 1984 г. на должность заведующего кафедрой патологической анатомии был избран доцент Анатолий Викторович Рысенко (1940–1994). А.В. Рысенко после аспирантуры в 1968 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему “Репаративная регенерация скелетных мышц крыс в условиях тканевой стимуляции”. Научные интересы доцента А.В. Рысенко были посвящены исследованию патоморфологии заживления ран.

В 1989 г. кафедру патологической анатомии возглавил профессор Вячеслав Алексеевич Шкурупий. После окончания НГМИ В.А. Шкурупий начал свою научную деятельность в Центральной научно-исследовательской лаборатории при НГМИ, в группе электронной микроскопии. В 1974 г. он защитил кандидатскую диссертацию, в 1987 г. – докторскую диссертацию на тему: “Структурная организация нормальной и поврежденной печени при стрессе и введении лизосомотропных препаратов”. В 1997 г. избран член-корреспондентом РАМН, с 2005 г. – академик РАМН. В период 1979–1989 гг. В.А. Шкурупий являлся заведующим ЦНИЛ; 1988–1999 гг. – проректором по научной работе НГМИ. С 2001 г. и по настоящее время – директор Научного центра клинической и экспериментальной медицины СО РАМН (ныне – НИИ экспериментальной и клинической медицины). Заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры патологической анатомии В.А. Шкурупий является автором более 800 научных работ, 15 монографий, 38 патентов на изобретение, под его руководством защищено 50 кан-



Рис. 2. Коллектив кафедры патологической анатомии Новосибирского государственного медицинского университета в 2015 г.

дидатских, 19 докторских диссертаций. В.А. Шкурупия привлек на кафедру патологической анатомии молодых сотрудников – Т.Г. Чернову, Т.А. Агееву (в настоящее время – профессор), Е.С. Лукьянову, П.Н. Филимонова (в настоящее время д.м.н., заведующий экспериментально-лабораторным отделом НИИ туберкулеза), А.П. Надеева, О.В. Потапову (в настоящее время – профессор), М.А. Козяева, Е.В. Никитенко, М.А. Травина, М.А. Карпова, Е.И. Воронину и других.

В 2015 г. заведующим кафедрой патологической анатомии был избран профессор Александр Петрович Надеев. Профессор А.П. Надеев является главным штатным специалистом Министерства здравоохранения Новосибирской области, руководителем студенческого научного общества НГМУ, автором более 330 научных печатных работ, 2 монографий.

Основным научным направлением кафедры является изучение реакции системы мононуклеарных фагоцитов при различных патологических состояниях и заболеваниях (туберкулез, кандидоз, грипп, силикоз, стресс, атеросклероз, новообразования, внутриутробная патология). За период с 2010 по 2015 г. сотрудниками кафедры опубликовано 223 научные работы, из них в центральной и иностранной печати – 137 научных статей, 3 монографии. Кафедра патологической анатомии поддерживает широкие творческие связи с институтами РАН (НИИ морфологии человека (Москва), Гематологический центр (Москва), НИИ экспериментальной и клинической медицины (Новосибирск) и другие), а также Новосибирским областным бюро судебно-медицинской экспертизы и высшими медицинскими учебными заведениями различных регионов России, участвует в многочисленных международных, всероссийских научно-практических конференциях, конгрессах. В 2015 г. в Новосибирс-

ком государственном медицинском университете прошла Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием “Актуальные вопросы патологической анатомии”, организованная кафедрой патологической анатомии НГМУ, на которой были заслушаны научные доклады, посвященные актуальным проблемам онкологии, инфекционной патологии, перинатальным заболеваниям, кардиологии.

С 1998 г. на кафедре получают последипломное образование (клиническая ординатура и интернатура, профессиональная переподготовка,

циклы повышения квалификации врачей-патологоанатомов): обучение прошло у более чем 300 врачей-патологоанатомов Новосибирской области, Сибирского Федерального округа, а также Казахстана.

Кафедра патологической анатомии тесно связана с практическим здравоохранением: все сотрудники имеют богатый опыт работы практическими врачами-патологоанатомами, внесли большой вклад в совершенствование организации патологоанатомической службы, внедрении новых методов патологоанатомической диагностики (иммуногистохимическое исследование, FISH-метод, возглавляють патологоанатомические отделения крупнейших лечебно-профилактических учреждений г. Новосибирска (ГБУЗ НСО № 1, ГБУЗ НСО № 2, ГБУЗ НСО № 12), в разные годы являлись главными специалистами Управления здравоохранения города и области (заслуженный врач РФ, доцент В.А. Жукова, профессор Т.А. Агеева, профессор А.П. Надеев). На кафедре проходят заседания Новосибирского отделения Российского общества патологоанатомов под председательством академика РАН, профессора В.А. Шкурупия, посвященные актуальным вопросам организации патологоанатомической службы, общей и частной патологической анатомии.

Кафедра патологической анатомии на протяжении всего периода существования поддерживает тесные связи с кафедрой судебной медицины Новосибирского медицинского вуза. Сотрудники этих кафедр НГМУ проводят совместные исследования, участвуют в обсуждении сложных случаев из секционной практики, выполняют судебно-медицинские экспертизы.

Сегодня на кафедре патологической анатомии работает большой сплоченный коллектив, обладающий уникальным опытом образовательной, научной и практической

кой деятельности. Кафедра патологической анатомии опирается на сильные традиции, заложенные предшествующими поколениями сотрудников. Кафедра патологической анатомии является молодой, современной

кафедрой, стремящейся к новым научным достижениям, получению новых научных фактов, что позволяет нам передавать современные знания и опыт новым поколениям студентов и врачей (рис. 2).

ЗАСЕДАНИЕ ПОСТОЯННО ДЕЙСТВУЮЩЕЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И СПЕЦИАЛЬНО ПРИГЛАШЕННЫХ ЧЛЕНОВ ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ ЭКСПЕРТНОГО СОВЕТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ “СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА”

11 декабря 2015 года, г. Москва

MEETING OF THE STANDING WORKING GROUP AND SPECIALLY INVITED MEMBERS OF THE SPECIALIZED COMMISSION WITHIN THE EXPERT COUNCIL IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH OF THE RUSSIAN HEALTH MINISTRY ON SPECIALTY “FORENSIC MEDICAL EXAMINATION”

December, 11, 2015, Moscow

ИЗВЕЩЕНИЕ

11 декабря 2015 года в 10.00 в конференц-зале ФГБУ “Российский центр судебно-медицинской экспертизы” Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 125284, г. Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13, с целью реализации приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.11.2008 N 622 “Об Экспертном совете в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации”, в соответствии с утвержденным планом работы главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2015 год и письмом Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 27.11.2015 N 14-1/10/2-7188 состоится очередное заседание постоянно действующей рабочей группы и специально приглашенных членов профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности “Судебно-медицинская экспертиза”.

Председатель профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздрава России по специальности “Судебно-медицинская экспертиза”, главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, директор ФГБУ “РЦСМЭ” Минздрава России,

д.м.н. А.В. Ковалев

ПОВЕСТКА ДНЯ

11 декабря 2015 года

10.00–13.00

Место проведения: конференц-зал ФГБУ “Российский центр судебно-медицинской экспертизы” Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 125284, г. Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13.

1. Отчеты главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе Министерства здравоохранения Российской Федерации, директора ФГБУ “Российский центр судебно-медицинской экспертизы” Министерства здравоохранения Российской Федерации д.м.н. А.В. Ковалева и главных внештатных

специалистов федеральных округов по результатам деятельности государственных судебно-медицинских экспертных учреждений Российской Федерации (далее – ГСМЭУ) за истекший период 2015 года.

Директор ФГБУ “РЦСМЭ” Минздрава России, д.м.н. А.В. Ковалев

– 25 мин

Главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Южного федерального округа, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы органа управления здравоохранением Астраханской области А.Н. Царев

– 10 мин

Главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Уральского федерального округа, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы органа управления здравоохранением Ямало-Ненецкого автономного округа Ю.В. Васильев

– 10 мин

Главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Сибирского федерального округа, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы органа управления здравоохранением Новосибирской области, д.м.н., проф. В.П. Новоселов

– 10 мин

Главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Приволжского федерального округа, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы органа управления здравоохранением Нижегородской области, д.м.н., проф. Н.С. Эделев

– 10 мин

2. Информация главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе Министерства здравоохранения Российской Федерации, директора ФГБУ “Российский центр судебно-медицинской экспертизы” Министерства здравоохранения Российской Федерации д.м.н. А.В.Ковалева о проведенных в 2015 году Министерством здравоохранения Российской Федерации мероприятиях по созданию федеральной государственной судебно-медицинской экспертной службы и развитию инфраструктуры

ГСМЭУ, о проведенном в Министерстве здравоохранения Российской Федерации 03.07.2015 совместном совещании со Следственным комитетом Российской Федерации о ходе исполнения подпункта "а" пункта 1 перечня Поручений Президента Российской Федерации от 03.02.2012 N Пр-267, соответствующего поручения Председателя Правительства Российской Федерации от 22.02.2012 N ВП-П4-1006 по разработке финансово-экономического обоснования и "дорожных карт" ГСМЭУ к нему, с учетом предложений и замечаний Контрольного и Экспертного Управлений Администрации Президента Российской Федерации, заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец, Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой.

Директор ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России, д.м.н. А.В. Ковалев

– 10 мин

3. Заслушивание главных внештатных специалистов по судебно-медицинской экспертизе Южного и Уральского федеральных округов о результатах проделанной работы по разработке "дорожных карт" ГСМЭУ с целью оптимизации деятельности бюро судебно-медицинской экспертизы округа в рамках реализации подпункта "а" пункта 1 Перечня Поручений Президента Российской Федерации от 03.02.2012 N Пр-267.

Главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Южного федерального округа, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы органа управления здравоохранением Астраханской области А.Н. Царев

– 10 мин

Главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Уральского федерального округа, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы органа управления здравоохранением Ямало-Ненецкого автономного округа Ю.В. Васильев

– 10 мин

4. Информация главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе Министерства здравоохранения Российской Федерации, директора ФГБУ "Российский центр судебно-медицинской экспертизы" Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н. А.В.Ковалева о состоянии укомплектованности кадрами, помещениями, лабораторной мебелью, медицинскими приборами, оборудованием, реактивами и библиотеками масс-спектров химико-токсикологических лабораторий ГСМЭУ, путях и порядке решения существующих проблем.

Директор ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России, д.м.н. А.В. Ковалев

– 10 мин

5. Информация главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе Министерства здравоохранения Российской Федерации, директора ФГБУ "Российский центр судебно-медицинской

экспертизы" Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н. А.В. Ковалева о результатах реализации в 2015 году решений ГАК России, путях и порядке решения возникших проблем в деятельности ГСМЭУ.

Директор ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России, д.м.н. А.В.Ковалев

– 10 мин

6. О состоянии укомплектованности кадрами, помещениями, лабораторной мебелью, медицинскими приборами, оборудованием, реактивами молекулярно-генетических лабораторий ГСМЭУ. О состоянии профессиональной подготовки и повышения квалификации экспертов-генетиков, путях их совершенствования и увеличения учебных мест. О порядке и целесообразности государственной регистрации медицинского оборудования, реактивов и расходных материалов при проведении судебно-медицинских (генетических) экспертиз в ГСМЭУ.

Директор ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России, д.м.н. А.В. Ковалев

Заместитель директора ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России по высокотехнологичным исследованиям, д.б.н., проф., лауреат Государственной премии Российской Федерации П.Л. Иванов

– 20 мин

7. О путях и порядке решения возникших проблем в деятельности ГСМЭУ при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций с массовыми человеческими жертвами.

Директор ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России, д.м.н. А.В. Ковалев

– 20 мин

8. Доведение состава профильной комиссии и постоянно действующей рабочей группы, плана работы профильной комиссии и постоянно действующей рабочей группы на 2016 год.

Директор ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России, д.м.н. А.В. Ковалев

– 10 мин

13.30–14.00

Перерыв

14.00–16.30

1. Обсуждение заслушанных докладов, сообщений и актуальных вопросов повестки дня заседания.

Директор ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России, д.м.н. А.В. Ковалев

Члены профильной комиссии

– 90 мин

2. Подведение итогов заседания. Обсуждение проекта и принятие решения профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности "Судебно-медицинская экспертиза". Голосование. Окончание заседания профильной

комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Российской Федерации по специальности "Судебно-медицинская экспертиза".

Директор ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России д.м.н. А.В. Ковалев

– 20 мин

Объявления

– 10 мин

Председатель профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздрава России по специальности "Судебно-медицинская экспертиза", главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, директор ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России, д.м.н. А.В. Ковалев.

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. Крассмотрению 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 редколлегия 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 оп-
л-не 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.