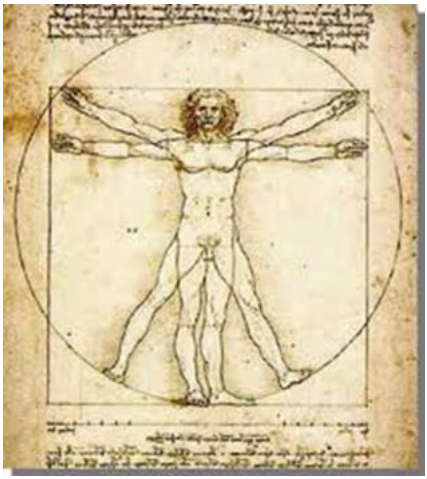
Департамент здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
казенное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Бюро судебно-медицинской экспертизы»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Редакционная коллегия:
Р.В. Скребов, Д.Е. Кузьмичев, П.В. Мисников, И.И. Шакиров, И.М. Вильцев, А.А. Алеев, Д.Ф.Загвоздкин



ВЫПУСК 5
Ханты-Мансийск - 2021

Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Вып. 5. - Ханты-Мансийск: ООО «Печатный мир», 2021. - с

Сборник научно-практических статей рекомендован к использованию Научно-организационным советом казенного учреждения ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (протокол от 15.04.2021 № 20).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Под общей редакцией:

Скребова Романа Владимировича – начальник, врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, председатель Научно-организационного совета КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»;

Кузьмичева Дениса Евгеньевича – заведующий Восточного зонального отдела, врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, секретарь Научно-организационного совета, КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

Члены коллегии:

Мисников Павел Владимирович – заместитель начальника по экспертной работе, врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории КУ ХМАО–Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»;

Шакиров Ильгиз Ильясович – заместитель начальника по организационно-методической работе КУ ХМАО–Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», высшая квалификационная категория по специальности «Организация здравоохранения и общественного здоровья»;

Вильцев Игорь Михайлович – заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе» Восточного зонального отдела, врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, член Научно-организационного совета КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»;

Алеев Алексей Александрович – заведующий Центрального зонального отдела, врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

Загвоздкин Дмитрий Федорович - заведующий Ханты-Мансийским межрайонным отделением, врач-судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории.

Рецензенты:

Баринов Евгений Христофорович – заведующий учебной частью кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ФГАОУ ВО «Российского университета Дружбы народов» Минздрава России, профессор РАЕ, доктор медицинских наук, профессор, врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории;

Тягунов Денис Владимирович – врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории филиала «Отделение в городе Сургуте» Центрального зонального отдела, член Научно-организационного совета КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий курсом судебной медицины БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет» доцент, кандидат медицинских наук.

В настоящем сборнике научно-практических статей собраны материалы научно-практических и научно-теоретических работ с изложением вопросов судебно-медицинской практики, травм, отравлений, патологических состояний и статистических данных.

Сборник представляет интерес для врачей – судебно-медицинских экспертов, патологоанатомов, врачей других специальностей, преподавателей и студентов медицинских вузов.

© КУ ХМАО – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», 2021

Настоящий сборник научно-практических статей посвящается нашему Учителю, наставнику в мире судебной медицины, врачу – судебно-медицинскому эксперту, врачу - патологоанатому с более 45- летним стажем, педагогу, популяризатору судебной медицины, и науки в целом, человеку с большой буквы
Семячкову Анатолию Кирилловичу.
У каждого в жизни есть свой Учитель, человек который не просто насыщает тебя новой информацией, а формирует твое мироощущение, учит тебя мыслить и осмысливать все происходящее, понимать себя в окружающем мире и окружающий мир вокруг.
В полной мере наш Учитель этому соответствует.

«…Экспертные выводы укрепляют единство следствия и суда, если даже они противоречивы (Из практики частного судебного медика)…»
«…Они рождались в разные годы как бы сами по себе. Многие утрачены, так как обитали в ненадежных мозговых извилинах…»
Иронизмы Кириллыча

АНАЛИЗ РАБОТЫ КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА 2018-2020 гг.

Р.В. Скребов
Научно-организационный совет КУ «Бюро судебно-медицинский экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов) г. Ханты-Мансийск

«…Факты – упрямая вещь…»
Из книги «Цитаты Питера» (1977)

Государственная судебно-экспертная служба в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре создана в 1994 году и в настоящее время представлена казенным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» и его экспертными подразделениями.

Сегодня в структуре КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»: 19 филиалов и 9 структурных отделений/лабораторий.

11 из 19 филиалов располагаются в типовых зданиях, соответствующие СанПиН, строительным и противопожарным нормам, остальные в приспособленных помещениях.

Количество штатных единиц остается неизменным 645 в течение 3 лет. На конец 2020 года в Бюро трудится 101 врач, из которых 64 имеют квалификационные категории:

- высшую квалификационную категорию - 46 человек,
- первую категорию 10 человек;
- вторую квалификационную категорию имеют 8 человек.
- 4 человека имеют ученую степень кандидат медицинских наук

Также в отделениях сложных экспертиз работает 40 врачей клинических специальностей.

Численность среднего медицинского персонала в 2020 году – 114 человек, при этом имеющих квалификационные категории 82

человек:

- высшую категорию имеют 51 человек;
- первую категорию имеют 20 человек;
- вторую категорию 11 человек.

В целях обеспечения своевременности назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз, а также повышения качества проведения неотложных первоначальных следственных действий, осмотров трупов на территории автономного округа, установлен порядок взаимодействия КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» с УМВД России по ХМАО – Югре и Следственным управлением Следственного комитета РФ по ХМАО – Югре.

Обеспечение высоких показателей качества медицинской помощи требует создание внутриучрежденческой системы контроля качества, одним из способов этого контроля является анализ результатов разбора случаев летальных исходов, установление причин допущенных дефектов в диагностике, лечение и обследовании умерших.

Для реализации этой задачи, медицинские организации автономного округа, с 2019 года стали активно привлекать в комиссию по изучению летальных исходов (КИЛИ) специалистов КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

ПОКАЗАТЕЛИ ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ ЗА 2018-2020 гг.

По итогу 2020 года исполнение объема бюджетных услуг/работ составил 94,7%, темп убыли в сравнении с 2018 годом 5,3% (см. табл. 1).

Таблица 1

Исполнение объемов бюджетных услуг/работ за 2018-2020 гг.

Наименование государственной услуги (работы)	2018 г.			2019 г.			2020 г.			Темп прироста/ убыли,%
	План	Факт*	% исполнения	План	Факт*	% исполнения	План	Факт*	% исполнения	
Медико-криминалистическая экспертиза	296	248	83,8	296	254	85,8	250	265	106,0	6,9
Молекулярно-генетическая экспертиза	283	351	124,0	283	390	137,8	350	469	134,0	33,6
Особо-сложные экспертизы (комиссионные)	674	757	112,3	674	758	112,5	757	799	105,5	5,5
Судебно-биологическая экспертиза	390	328	84,1	390	319	81,8	300	499	166,3	52,1
Судебно-гистологическая экспертиза	5745	5240	91,2	5745	5497	95,7	4960	6246	125,9	19,2
Судебно-медицинская экспертиза потерпевших	23520	22089	93,9	23520	18516	78,7	22557	16468	73,0	-25,4
Судебно-медицинская экспертиза трупов	5402	5275	97,6	5402	4961	91,8	5221	6056	116,0	14,8
Судебно-химическая экспертиза	5390	5328	98,8	5390	5399	100,2	5221	6717	128,7	26,1
ИТОГО	41700	39616	95,0	41700	36094	86,6	39616	37519	94,7	-5,3

*Данные реестра государственных услуг

По данным ф.42 «Отчет врача судебно-медицинского эксперта, Бюро судебно-медицинской экспертизы» в 2020 г. количество оконченных судебно-медицинских экспертизсократилось с 39041 в 2018 г. до 36741 в 2020 г. (или на 5,9%); общее количество неоконченных экспертиз увеличилось с 575 до 929 (на 61,6%) (см. табл. 2).

Таблица 2

Показатели оконченных и не оконченных экспертиз/исследований по данным ф.42 за 2018-2020 гг.

Наименование	ф.42 "Отчет врача судебно-медицинского эксперта, Бюро судебно-медицинской экспертизы"						Темп прироста/ убыли, %	
	2018 г.		2019 г.		2020 г.			
	Оконченные	Неоконченные	Оконченные	Неоконченные	Оконченные	Неоконченные	Оконченные	Неоконченные
Медико-криминалистическая экспертиза	248		251		260	7	4,8	
Молекулярно-генетическая экспертиза	351		390		447	18	27,4	
Особо-сложные экспертизы (комиссионные)	692	65	756	74	794	119	14,7	83,1
Судебно-биологическая экспертиза	325	3	313	8	488	5	50,2	66,7
Судебно-гистологическая экспертиза	5146	94	5464	85	6101	233	18,6	147,9
Судебно-медицинская экспертиза потерпевших	21975	114	18253	110	16240	143	-26,1	25,4
Судебно-медицинская экспертиза трупов	4991	284	4911	243	5881	404	17,8	42,3
Судебно-химическая экспертиза	5313	15	5342	13	6530		22,9	-100,0
ИТОГО	39041	575	35680	533	36741	929	-5,9	61,6

В целом Бюро в 2020 году выполнило 17213 исследований (46,8%) и 19528 экспертиз (53,2%) (см. табл. 3). Наблюдается тенденция увеличения количества экспертиз по отношению к исследованиям в сравнении с 2018 годом (см. рис. 1). Наибольшее количество не оконченных экспертиз на конец отчетного периода наблюдается в «Отделение в городе Сургуте» (149 экспертиз: 38 живых и 111 трупов), «Отделение в городе Нижневартовске» (135 экспертиз: 29 живых и 106 трупов), Ханты-Мансийском межрайонном отделении (72 экспертизы: 47 живых и 25 трупов).

Таблица 3

Количество экспертиз и исследований за 2018-2020 гг.

Показатель		МКО	МГО	ОСЭ	СБО	СГО	Живые	Трупы	СХО	ИТОГО
2018 г.	Экспертизы	71	350	692	296	733	12014	636	683	15475
	Исследования	177	1	-	29	4413	9961	4355	4630	23566
2019 г.	Экспертизы	211	375	756	275	1505	13103	1437	1534	19196
	Исследования	40	15	-	38	3959	5150	3474	3808	16484
2020 г.	Экспертизы	211	442	794	426	1710	12215	1757	1973	19528
	Исследования	49	5	-	62	4391	4025	4124	4557	17213

Рис. 1. Удельный вес экспертиз и исследований за 2018 – 2020 гг.

По отделу судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц объем работы сократился на 26,1%, что связано со снижением назначения правоохранительными органами экспертиз/исследований (см. табл. 4) (из уголовного кодекса,

часть ст. 116 УК РФ (по которой раньше было обязательным назначение судебно-медицинской экспертизы), была перенесена в кодекс об административных правонарушениях (ст. 6.1.1. КоАП РФ). Согласно которой, потерпевший имеет право отказаться от прохождения судебно-медицинской экспертизы (домашние побои, упал, толкнули и т.д.).

Увеличение количества не оконченных экспертиз живых лиц на 25,4%.

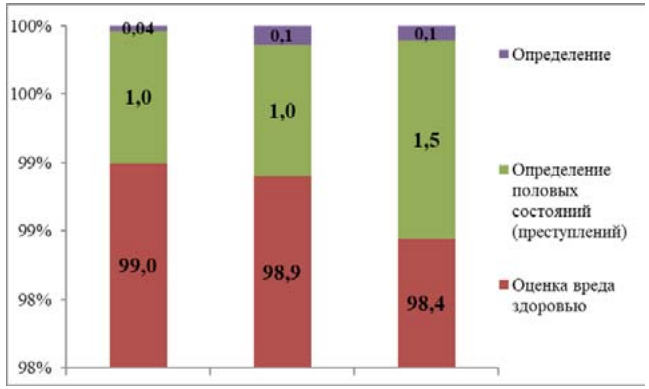
Таблица 4

Судебно-медицинские экспертизы и исследования живых лиц за 2018-2020 гг.

Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц	2018 г.		2019 г.		2020 г.		Темп прироста / убыли, %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Оценка вреда здоровью	21754	99,0	18052	98,9	15986	98,4	-26,5
Определение половых состояний (преступлений)	213	1,0	175	1,0	236	1,5	10,8
Определение	8	0,04	26	0,1	18	0,1	125,0
Количество оконченных экспертиз/исследований	21975	100,0	18253	100,0	16240	100,0	-26,1
Заключения (акты) не закончены	114	-	110	-	143	-	25,4

Структура экспертиз/исследований потерпевших, обвиняемых и других лиц в 2020 году распределилась следующим образом: оценка вреда здоровью 98,4%, определение половых состояний 1,5%, определение 0,1% (см. рис. 2).

Рис. 2. Структура экспертиз и исследований потерпевших, обвиняемых и других лиц за 2018-2020 гг.



В структуре экспертиз по оценке вреда здоровью наибольший удельный вес занимают экспертизы/исследования без оценки вреда здоровью 44,1%, на 2 месте отсутствие обнаруженных повреждений 19,9%, на 3 месте определение легкого вреда здоровью 15,4% (см. табл. 5).

Таблица 5

Структура экспертиз (освидетельствований) потерпевших, обвиняемых и других лиц за 2018-2020 гг.

Степень тяжести вреда здоровью	2018г.	2019г.	2020г.	Темп убыли,%
тяжкий вред здоровью	1670	1546	1547	-7,4
средней тяжести	1999	1773	1757	-12,1
легкий вред здоровью	3100	2849	2454	-20,8
без оценки вреда здоровью	11350	8388	7046	-37,9
повреждения не обнаружены	3635	3496	3182	-12,5
ИТОГО	21754	18052	15986	-26,5

При этом в структуре механизма причинения вреда здоровью преобладают повреждения тупыми предметами 9081 экспертиз/исследований (56,8%), отсутствие повреждений 3182 (19,9%), автомобильные травмы 1683 (10,5%) (см. табл. 6).

Таблица 6

Данные о механизме причинения вреда здоровью за 2018-2020 гг.

Данные о механизме причинения вреда здоровью	2018г.	2019г.	2020г.	Темп убыли,%
тупые предметы	13711	10490	9081	-33,8
острые предметы	935	796	808	-13,6
огнестрельные травмы	38	25	22	-42,1
автомобильные травмы	2086	1926	1683	-19,3
прочие	1349	1319	1210	-10,3
не обнаружено	3635	3496	3182	-12,5
ИТОГО	21754	18052	15986	-26,5

Наибольшее количество экспертиз потерпевших, пострадавших и других лиц наблюдается в: Ханты-Мансийском межрайонном отделении, «Отделение в городе Когалыме», «Отделение в городе Нефтеюганске», «Отделение в городе Радужный», «Отделение в городе Белоярском»; наименьшее «Отделение в пос. Кондинское», «Отделение в городе Лангепасе», «Отделение в поселке Игрим», «Отделение в поселке Березово», «Отделение в городе Мегионе» (см. рис. 3).

Рис. 3. Удельный вес экспертиз/исследований потерпевших, обвиняемых и других лиц в 2020 году

По отделу судебно-медицинской экспертизы трупов объем работы увеличился 4991 в 2018 г. до 5881 экспертизы в 2020 г. (на17,8%), общее количество неоконченных экспертиз с 284 до 404 (на 42,3%) (см. табл. 7).

Таблица 7

Структура экспертиз/исследований трупов за 2018-2020 гг.

Показатель	2018г.	2019г.	2020г.	Темп прироста, %
Проведено экспертиз трупов, ВСЕГО	4991	4911	5881	17,8
Насильственная смерть	1179	1205	1293	9,7
Ненасильственная смерть	3636	3520	4400	21,0
Причина смерти не установлена	176	186	188	6,8
Не окончено экспертиз на конец отчетного периода	284	243	404	42,3

Насильственная смерть была установлена в 1293 случаях (22% от общего количества выполненных экспертиз/исследований), темп прибыли 9,7% (см. табл. 8). Ненасильственная смерть установлена в 4400 случаях (74,8% от общего количества), что больше, чем в 2018-2019 гг., темп прироста составляет 21%. Причина смерти не была установлена в 188 случаях (3,2%), темп прибыли 6,8%.

Лидирующее место занимает в структуре насильственной смерти механическая травма 494 случая (38,2%), на 2 месте отравления 410 случаев (31,7%), на 3 месте механическая асфиксия 313 случая (5,6%) (см. рис. 4).

Таблица 8

Структура насильственной смерти за 2018-2020 гг.

Виды насильственной смерти	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста (убыли) %
Механическая травма	470	461	494	5,1
Механическая асфиксия	318	297	313	-1,6
Крайние температуры	97	63	72	-25,8
Отравления	293	383	410	39,9
Прочие	1	1	4	Увеличение на 3 случая
Итого	1179	1205	1293	9,7

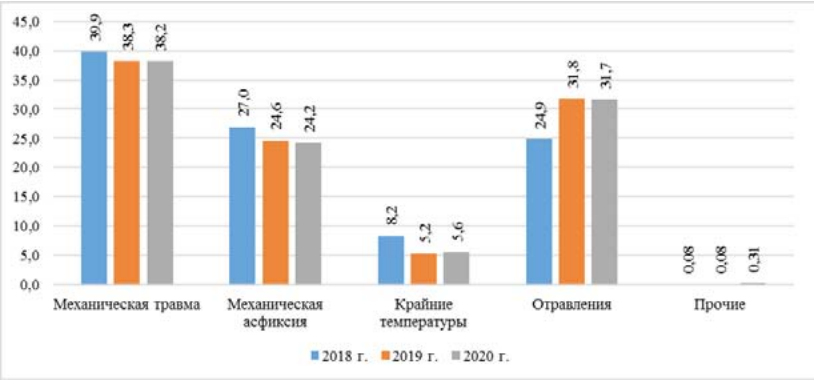


Рис. 4. Структура насильственной смерти за 2018-2020 гг.

В структуре смерти от механической травмы преобладает транспортная травма 164 случая (см. табл. 9) (33,2% от общего количества смертельных случаев от механической травмы), на 2 месте случаи смерти, связанные с воздействием тупых предметов 157 случая (31,8%), на 3 месте смертельные исходы от падения 79 (16%) (см. рис. 5).

Таблица 9

Структура смерти от механической травмы за 2018-2020 гг.

Механическая травма	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста (убыли) %
транспортная травма	134	147	164	22,4
падения	84	67	79	-6,0
огнестрельная травма	36	27	25	-30,6
взрывная	2	2	-	Уменьшение на 2 случая
тупыми предметами	143	143	157	9,8
острыми орудиями	62	58	54	-12,9
электротравма	7	12	8	14,3
прочие	2	5	7	Увеличение на 5 случаев

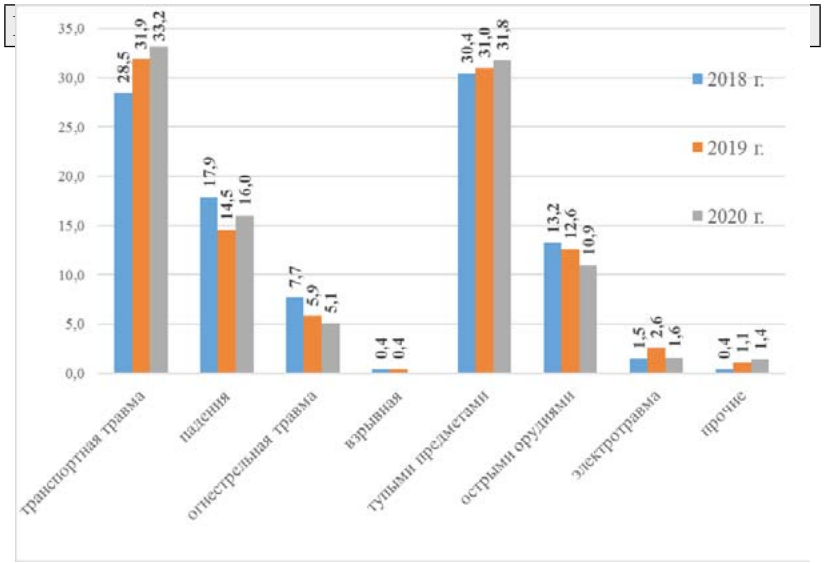


Рис. 5. Структура смерти от механической травмы за 2018-2020 гг.

В структуре смерти от механической асфиксии лидирует повешение 143 случая (45,7%) (см. рис. 6), при этом отмечается тенденция снижения данного показателя на 23,5% (см. табл. 10). На 2 месте 70 случаев утопления (22,4%), с темпом прироста 1,4 раза.

Таблица 10

Структура смерти от механической асфиксии за 2018 -2020 гг.

механическая асфиксия	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста (убыли) %
повешение	187	151	143	-23,5
утопление	49	55	70	42,9
удавление петлей	43	36	42	-2,3
прочие	39	55	58	48,7

Рис. 6. Структура смерти от механической асфиксии за 2018-2020 гг.

Ведущее место в структуре смерти от отравлений занимают отравления от алкоголя 178 случаев (43,5%) (см. рис. 7), темп прироста 7,2% (см. табл. 11). На 2 месте отравления от наркотиков 68 случаев (16,6%), увеличение в 6 раз. На 3 месте отравления угарным газом 64 случая (15,6%), с темпом прироста 88,2%

Таблица 11

Структура смерти от отравлений за 2018-2020 гг.

Виды отравлений	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста (убыли) %
этанол	166	199	178	7,2
органические растворители и технические жидкости	31	25	41	32,3
лекарственные вещества	10	2	8	-20,0
наркотические вещества	11	49	68	518,2
угарный газ	34	52	64	88,2
психотропные вещества	11	12	1	-90,9
кислоты и щелочи	5	5	9	80,0
прочие яды	8	9	9	12,5

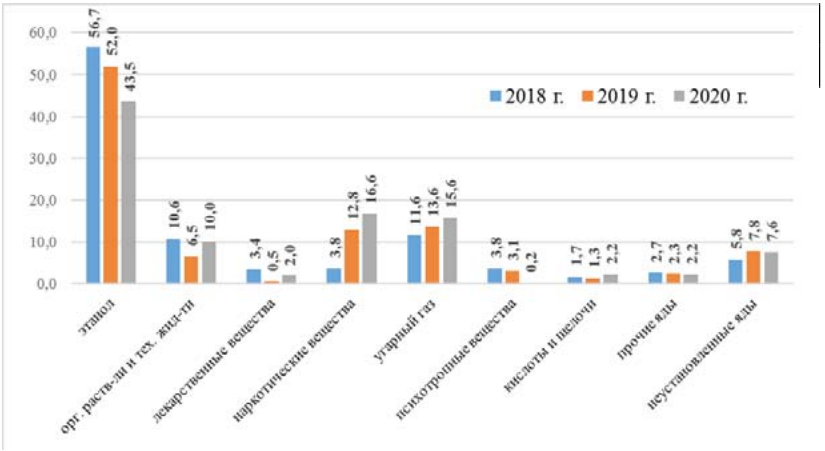


Рис. 7. Структура смерти от отравлений за 2018-2020 гг.

В структуре смертельных исходов от воздействия крайних температур длительное время преобладает воздействие низких температур 56 случаев (77,8%), с темпом убыли 22,2%, над воздействием высоких температур 16 случаев (22,2%), с темпом убыли 36% (см. табл. 12).

Таблица 12

Структура воздействия крайних температур за 2018-2020 гг.

Крайние температуры	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп убыли%
низкая	72	48	56	-22,2
высокая (ожоги)	25	15	16	-36,0
ИТОГО	97	63	72	-25,8

В структуре ненасильственных причин смерти на первом месте по-прежнему болезни. Увеличилось количество мертворожденных на 2 случая, снизилось количество смертельных исходов

детей до 1 года на 3 случая (см. табл. 13).

Таблица 13

Структура смерти от болезней за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г	Темп прироста/ убыли, %
Ненасильственная смерть, ВСЕГО	3636	3520	4400	21,0
системы кровообращения	2404	2338	2998	24,7
органов дыхания	83	101	86	3,6
органов пищеварения	175	144	201	14,9
нервной системы	29	54	42	44,8
новообразования	691	634	820	18,7
инфекционные	135	107	148	9,6
ВИЧ	90	73	88	-2,2
туберкулез	27	12	14	Уменьшение в 1,9 раз
Прочие инфекции	18	22	46	Увеличение в 2,6 раз
прочие ненасильственные виды смерти	103	123	90	-12,6
смерть детей в возрасте до 1 года	15	13	12	Увеличение на 3 случая
мертворожденные	1	5	3	Увеличение на 2 случая

За анализируемый период по данным Бюро в структуре ненасильственной смерти за 2018-2020 гг. картина распределилась следующим образом (см. рис. 8):

На 1 месте традиционно стоит смертность от заболеваний системы кровообращения: в 2018 г. от них скончались 2404 человека (66,1 % от ненасильственной смерти), в 2019 г. – 2338 человек (66,4 %), в 2020 г. – 2998 человек (68,1%) с темпом прироста 24,7%.

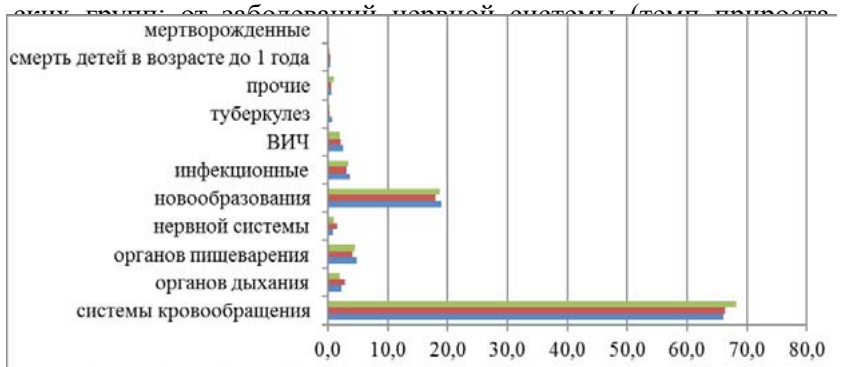
На 2 месте новообразования 820 случая (18,6%) с темпом прироста 18,7%;

На 3 месте заболевания органов пищеварения 201 случай (4,6%) с темпом прироста 14,9%;

На 4 месте инфекционные заболевания 148 случаев (3,4%) с темпом прироста 12%.

На 5 месте заболевания органов дыхания 86 случаев (2%) с темпом прироста 3,6%.

Кроме того, увеличилась смертность от других нозологических групп: от заболеваний нервной системы (темп прироста



	системы кровообращения	органов дыхания	органов пищеварения	нервной системы	новообразования	инфекционные	ВИЧ	туберкулез	прочие	смерть детей в возрасте до 1 года	мертворожденные
2020 г	68,1	2,0	4,6	1,0	18,6	3,4	2,0	0,3	1,0	0,3	0,1
2019 г.	66,4	2,9	4,1	1,5	18,0	3,0	2,1	0,3	0,6	0,4	0,1
2018 г.	66,1	2,3	4,8	0,8	19,0	3,7	2,5	0,7	0,5	0,4	0,03

Рис. 8. Структура смертности от болезней за 2018-2020 гг.

Увеличение общего количества проведенных исследований трупов связано с тем, что через судебно-медицинскую службу стали проходить все «смерти на дому», в том числе и с ненасильственными причинами смерти; раньше часть проходила через патологическую анатомию, либо выдавалась без вскрытия с диагнозом выставляемым больницей/поликлиникой на основании

амбулаторной карты.

Медицинские организации/правоохранительные органы не всегда предоставляют медицинскую документацию экспертам, что автоматически приводит к невозможности выставить некоторые причины смерти без подтверждения клинических данных.

Наибольшее количество экспертиз трупов наблюдается в: «Отделение в городе Нижневартовске», «Отделение в городе Нефтеюганске», Ханты-Мансийском межрайонном отделении, «Отделение в городе Пыть-Яхе», «Отделение в городе Нягани». Наименьшее в: «Отделение в пос. Березово», «Отделение в городе Лангепасе», «Отделение в поселке Междуреческом», «Отделение в городе Когалыме». В «Отделении в поселке Игрим» экспертизы

Рис. 9. Удельный вес экспертиз/исследований трупов за 2018-2020 гг.

Судебно-гистологические экспертизы и исследования трупов за отчетный период возросли на 18,6% за счет положительной динамики в судебно-гистологическом отделении г. Нижневартовска на 5,4% и в судебно-гистологическом отделении г. Ханты-Мансийска на 24,2% (см. табл. 15).

Таблица 15

Судебно-гистологические экспертизы/исследования за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г	Темп прироста %
Экспертиз и исследований	5146	5464	6101	18,6
г. Ханты-Мансийск	3596	4091	4467	24,2
%	69,9	74,9	73,2	-
г. Нижневартовск	1550	1373	1634	5,4
%	30,1	25,1	26,8	-

При этом больший удельный вес занимают судебно-гистологические экспертизы по ненасильственной смерти 4635 (76%) (см. рис. 10) с темпом прироста 19,4%. По причине насильственной смерти 1201 экспертиз (19,7%), с темпом прироста 15,4% (см. табл. 16).

Таблица 16

Структура судебно-гистологических экспертиз/исследований за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста,%
Насильственная смерть	1041	1144	1201	15,4
Ненасильственная смерть	3883	4064	4635	19,4
Причина смерти не установлена	222	256	265	19,4

Рис. 10. Структура судебно-гистологических экспертиз/исследований за 2018-2020 гг.

Общее количество исследованных кусочков (объектов) с темпом прироста 13,3%. Аналогично происходит и увеличение общего количества объект-исследований 9,2% (см. табл. 17).

Таблица 17

Показатели работы судебно-гистологических отделений за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г	Темп прироста,%
Экспертиз и исследований	5146	5464	6101	18,6
Исследованных кусочков	79031	89065	89573	13,3
Объект-исследований	93062	102262	101611	9,2

За отчетный период сложные судебно-медицинские экспертизы с положительной динамикой в 14,7%. В Ханты-Мансийске увеличение на 30,7%, в Сургуте снижение на 17,4% (см. табл. 18).

Большая часть экспертиз постоянно выполняется в г. Ханты-Мансийске (76,1%) (см. рис. 11).

Таблица 18

Сложные судебно-медицинские экспертизы за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/убыли, %
Экспертизы, всего	692	756	794	14,7
г. Ханты-Мансийск	462	534	604	30,7
г. Сургут	230	222	190	-17,4

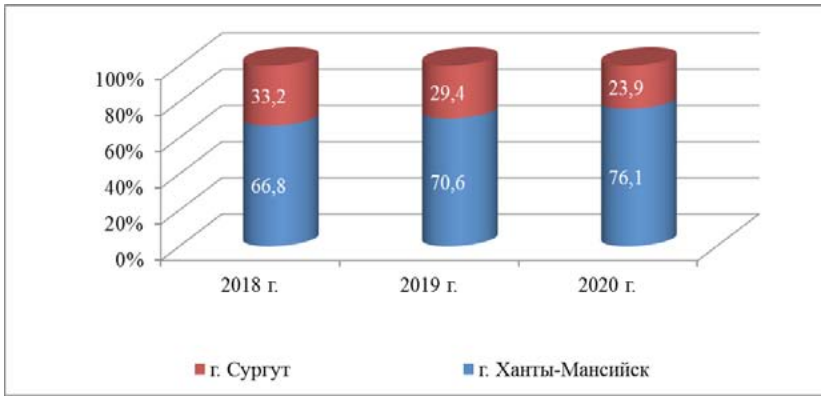


Рис. 11. Сложные судебно-медицинские экспертизы за 2018-2020 гг.

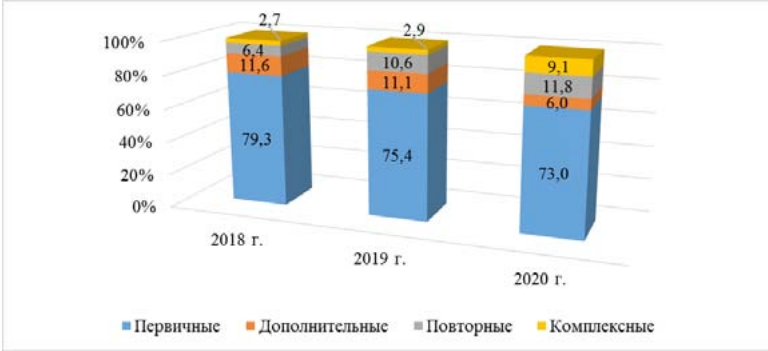
Увеличение количества сложных судебно-медицинских экспертиз произошло за счет увеличения количества комплексных в 3,8 раз, повторных в 2 раза, первичных экспертиз 5,6% (см. табл. 19).

Таблица 19

Виды сложных судебно-медицинских экспертиз за 2018 - 2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста, %
Первичные	549	570	580	5,6
Дополнительные	80	84	48	Уменьшение в 1,7 раз
Повторные	44	80	94	Увеличение в 2,1 раз
Комплексные	19	22	72	Увеличение в 3,8 раз

Рис. 12. Структура сложных экспертиз за 2018-2020 гг.



Судебно-биологические экспертизы возросли на 50,2%, но при этом отмечается снижение по количеству исследованных предметов на 19,9% и единицам учета на 15,2% (см. табл. 20). Это связано с тем, что по одному уголовному делу назначается несколько экспертиз, а также стала проводится исследования по жидкой крови умерших от ДТП, неизвестных лиц.

Таблица 20

Судебно-биологические экспертизы и исследования трупов за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/убыли,%
Экспертиз/исследований	325	313	488	50,2
Предметы	2611	2253	2091	-19,9
Единицы учета	22288	20739	18907	-15,2

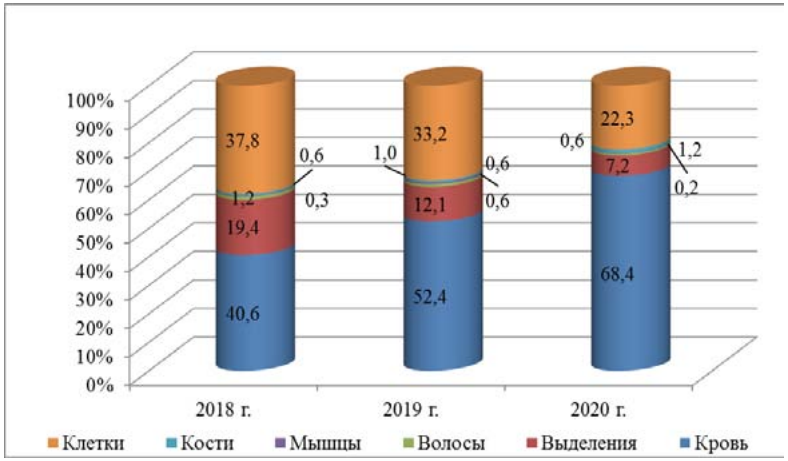
Большая часть судебно-биологических экспертиз производится по исследованию крови (68,4%) (см. рис. 13) и клеткам (22,3%) на протяжение нескольких лет, количество исследования выделений имеет тенденцию к снижению в 1,8 раз и составило 7,2% от всех экспертиз (см. табл. 21).

Таблица 21

Структура судебно-биологических экспертиз за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/убыли,%
Кровь	132	164	334	153,0
Выделения	63	38	35	-44,4
Волосы	4	3	3	-25,0
Мышцы	1	2	1	Без динамики
Кости	2	2	6	200,0
Клетки	123	104	109	-11,4
Итого	325	313	488	50,2
Не окончено экспертиз	3	8	5	66,7

Рис. 13. Структура судебно-биологических экспертиз за 2018-2020 гг.



Молекулярно-генетические экспертизы увеличились на 27,4%, количество условных генотипов в 41,9% (см. табл. 22).

Таблица 22

Судебно-медицинские молекулярно-генетические экспертизы и исследования за 2018-2020 гг.

Показатель	2018г.	2019г.	2020 г.	Темп прироста, %
Всего экспертиз и исследований	351	390	447	27,4
Условные генотипы	34159	45073	48464	41,9

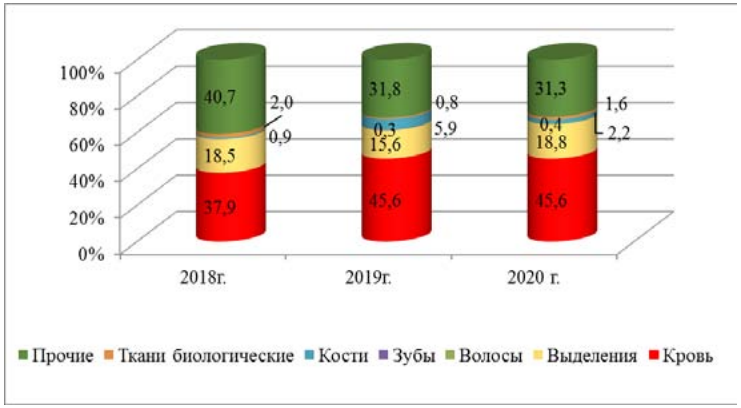
Наибольшее количество оконченных судебно-медицинских молекулярно-генетических экспертиз были назначены на исследование крови 45,6%, прочие 31,3%, и выделения 18,8% (см. табл. 23, рис. 14).

Таблица 23

Структура судебно-медицинских молекулярно-генетических экспертиз за 2018-2020 гг.

Показатель	2018г.	2019г.	2020 г.	Темп прироста,%
Кровь	133	178	204	53,4
Выделения	65	61	84	29,2
Волосы	-	-	2	Увеличение на 2 случая
Зубы	-	1	-	-
Кости	3	23	10	Увеличение в 3,3 раз
Ткани биологические	7	3	7	Без динамики
Прочие	143	124	140	-2,1
Итого	351	390	447	27,4

Рис. 14. Структура судебно-медицинских молекулярно-генетических экспертиз за 2018-2020 гг.



Судебно-химические экспертизы увеличились на 22,9%; количество исследованных объектов на 12,7%, условные единицы на 2,1%(см. табл. 24).

Таблица 24

Показатели работы судебно-химических отделений за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста,%
Экспертиз / исследований	5313	5342	6530	22,9
Количество объектов	12109	12389	13642	12,7
Общее число условных единиц	2046	2114	2088	2,1

За счет противоэпидемических мер против коронавирусной инфекции произошло перераспределение экспертиз между судебно-химическими отделениями в г. Ханты-Мансийске и г. Нижневартовске (см. рис. 15). Доля выполненных судебно-химических экспертиз в 2020 году в г. Ханты-Мансийске снизилась до 48%, а в г. Нижневартовске увеличилась до 52% Впервые судебно-химическое отделение в г. Ханты-Мансийске уступило свое лидирующее место по количеству оконченных экспертиз – убыль составила 2,8%, а в г. Нижневартовске прирост 62,8% (см. табл. 25).

Таблица 25

Судебно-химические экспертизы/исследования за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли,%
Всего экспертиз (исследований)	5313	5342	6530	22,9
г. Ханты-Мансийск	3229	3407	3137	-2,8
г. Нижневартовск	2084	1935	3393	62,8

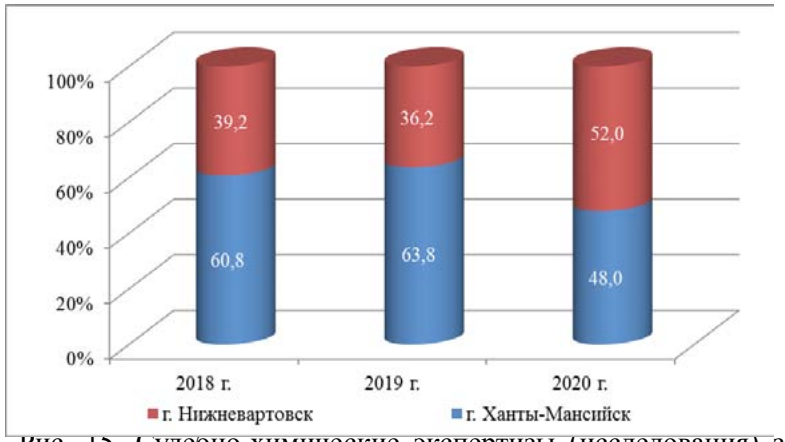


Рис. 15. Судебно-химические экспертизы (исследования) за 2018-2020 гг.

В структуре постоянно лидирующую позицию занимают экспертизы на определение этанола 75,5%, на втором месте наркотические вещества 11,9%, на третьем месте прочие экспертизы 6,5% (см. рис. 16, табл. 26).

Таблица 26

Структура судебно-химических экспертиз за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста,%
Этанол	4066	3795	4930	21,2
Растворители и технические жидкости	80	80	105	31,3

Лекарственные средства	168	163	190	13,1
Наркотические вещества	613	756	778	26,9
Угарный газ	76	100	99	30,3
Кислоты и щелочи	4	3	6	50,0
Прочие	306	445	422	37,9
ИТОГО	5313	5342	6530	22,9

Рис. 16. Структура судебно-химических экспертиз за 2018-2020 гг.

Темп прибыли медико-криминалистических экспертиз составляет 4,8%, объектов 11%, при этом количество объект-исследований снизилось на 6,1% (см. табл. 27).

Таблица 27

Медико-криминалистические экспертизы и исследованияза 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли%
Всего экспертиз (исследований)	248	251	260	4,8
Объектов	2652	2913	2945	11,0
Объект исследований	17606	18345	16527	-6,1

Наибольший удельный вес занимают трасологические экспертизы 65,4% (прирост 11,8), идентификационные 25% (прирост 16,1%) и баллистические экспертизы 8,1% (см. рис. 17), не смотря на темп убыли на 43,2% (см. табл. 27).

Таблица 27

Медико-криминалистические экспертизы и исследования за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/убыли,%
Трасологические	152	158	170	11,8
Баллистические	37	26	21	-43,2
Идентификационные	56	66	65	16,1
Ситуационные	3	1	4	33,3
ИТОГО	248	251	260	4,8

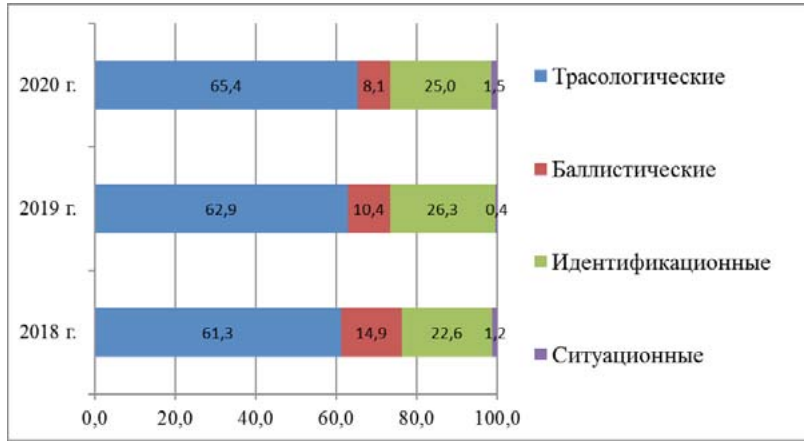


Рис. 17. Структура медико-криминалистических экспертиз за 2018-2020 гг.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ

Взаимодействие с правоохранительными органами имеют тенденцию снижения по всем позициям, что связано с противоэпидемическими мероприятиями по коронавирусной инфекции COVID-19.

Таблица 14

Показатели взаимодействий с правоохранительными органами за 2018-2020 гг.

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп убыли, %
Общее число консультаций работникам правоохранительных органов	3349	3104	2635	-21,3
по живым лицам	2353	2231	1757	-25,3
по трупам	996	873	878	-11,8
Общее число участий в следственных экспериментах	44	35	30	-31,8
по живым лицам	18	22	14	-22,2
по трупам	26	13	16	-38,5
Общее число участий в судебных заседаниях	124	105	75	-39,5
по живым лицам	88	73	50	-43,2
по трупам	36	32	25	-30,6

ВЫВОДЫ

В целом по Бюро за отчетный период отмечается увеличение количества по всем видам экспертиз, кроме судебно-медицинских экспертиз живых лиц.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НА 2021 год

- Необходимо продолжить развитие материально-технической базы, в том числе строительство типовых зданий в г.г. Сургут, Нефтеюганск, Югорске, Мегион, Ханты-Мансийск, Белоярский, п. Березово, п. Кондинское, а также дооснастить судебно-химическое отделение в г. Нижневартовск аппаратурой по производству биохимических анализов, а также исследований на наркотические и психотропные вещества
- Дальнейшее межведомственное взаимодействие с правоохранительными органами и медицинскими организациями.
- Продолжить работу по соблюдению лицензионных требований.
- Активизировать работу по информатизации Бюро.

Литература.

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты-Мансийск 2018, 171 с.;

2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др.. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

КРАТКАЯ АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА ПО ИССЛЕДОВАННЫМ ТРУПАМ С ОБНАРУЖЕННЫМ В КРОВИ АЛКОГОЛЕМ В КАЗЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА ПЕРИОД С 2015 ПО 2019 ГОД

Орлова Е.В., Шакиров И.И., О.П. Конева
(начальник, председатель Научно-организационного совета — Р.В. Скребов),
Отделение медицинской статистики и анализа
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Алкоголизм - это порождение варварства - мертвой хваткой держит человечество со времен седой и дикой старины и собирает с него чудовищную дань, пожирая молодость, подрывая силы, подавляя энергию, губя лучший цвет рода людского. (Джек Лондон).

Согласно данным годовых отчетов КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», за прошедшие с 2015 г. 5 лет в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре выполнено более 25 тысяч судебно-медицинских аутопсий, по результатам которых алкогольное опьянение было установлено почти в каждом третьем случае (27,6%).

За 2015-2019 гг. общее количество смертельных исходов на территории Югры имеет тенденцию к снижению. При этом больший удельный вес занимают смертельные исходы по причине ненасильственной смерти (70,2%). При этом количество случаев смерти снизилось: от заболеваний на 4,5%, от насильственной смерти на 23,5%.

Алкогольные опьянения при насильственной смерти по сравнению со смертью от заболеваний устанавливались чаще в среднем в 1,3 раза, что регулярно повторялось каждый

год. Доля алкогольных опьянений при указанных категориях смерти в среднем составляла соответственно 53,7% и 14,6%. Число случаев ненасильственной и насильственной смерти снижается; рассчитанная при этом доля алкогольных опьянений относительно количества аутопсий снижалась (рис. 1)

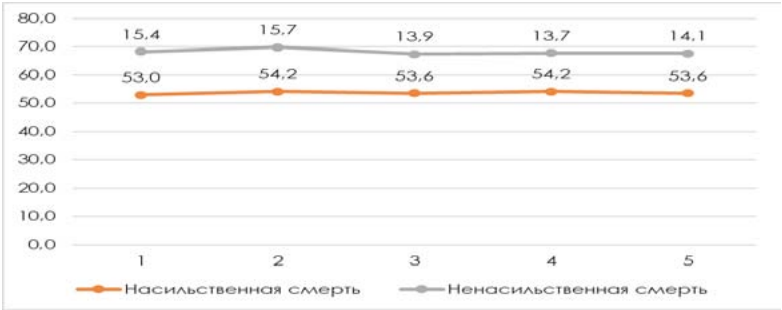


Рис. 1. Динамика частоты алкогольных опьянений при насильственной и ненасильственной смерти, %.

Темп снижения частоты алкогольных опьянений при насильственной смерти к концу изученного периода составил –22,6%, при ненасильственной смерти –12,3%.

Количество алкогольных опьянений в случаях смерти от механической травмы, механической асфиксии, действия крайних температур и отравлений было неодинаковым. Наиболее высокая частота выявления алкогольного опьянения наблюдалось при отравлении 73,8%, при механической асфиксии – 58,1%, при воздействии крайних температур 51,8%. При механической травме установлена наиболее низкая частота выявления опьянений, составляющая в среднем 38,5%. При вышеперечисленных видах смерти установлено ежегодное снижение числа алкогольных опьянений, коррелирующее с уменьшением количества аутопсий (табл. 1).

Таблица 1. Частота алкогольных опьянений при насильственной смерти относительно количества выполненных аутопсий (%) в период 2015-2019 гг.

	2015	2016	2017	2018	2019
Механическая травма	39,2	39,1	38,3	37,0	38,6
Механическая асфиксия	57,5	58,8	59,7	57,5	56,9
Крайние температуры	48,9	59,4	50,0	51,5	50,8
Отравления	72,1	74,8	74,5	79,2	69,7

При сравнении отдельных видов насильственной смерти между собой установлено, что высокие показатели частоты алкогольных опьянений наблюдались при смерти от механической асфиксии и крайних температур.

В исследуемый период времени частота алкогольных опьянений при транспортной травме (в основном за счет автомобильной травмы), падении и травме тупыми предметами находилась в диапазоне 20,1 – 40,6% относительно числа аутопсий. Значимые различия частоты алкогольных опьянений были обнаружены при огнестрельной травме и травме острыми предметами (рис. 2).

Рис 2. Частота алкогольных опьянений относительно количества выполненных аутопсий (%) при некоторых видах механической травмы в период 2015—2019 гг.

При повешении, действии низких температур, утоплении и отравлении угарным газом алкогольные опьянения носят волнообразный характер, при этом отравления угарным и утоплении имеют некую тенденцию к снижению (см. рис. 2).

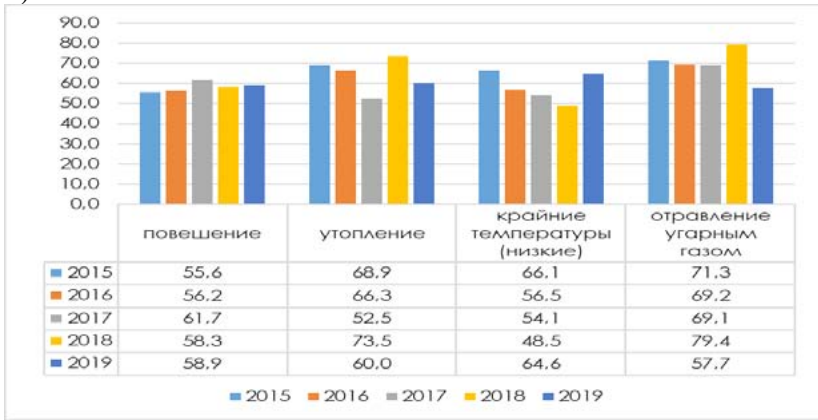


Рис. 2. Частота алкогольных опьянений относительно количества выполненных аутопсий (%) при некоторых видах ненасильственной смерти в период 2015—2019 гг.

При ненасильственной смерти долевая часть алкогольных опьянений в исследованный период в среднем составила 2,3 -24,1%. При снижении количества таких аутопсий в среднем на 4,5% количество установленных случаев алкогольных опьянений изменялось волнообразно. Наиболее высокие показатели частоты сопутствующих алкогольных опьянений постоянно выявлялись при болезнях органов кровообращения и пищеварения, а наиболее низкие — при смерти от новообразований и инфекционных заболеваний (см. рис. 3).

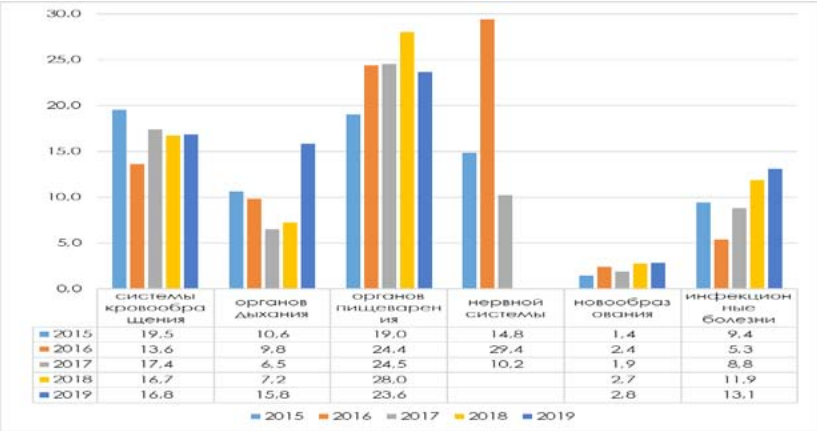


Рис. 3. Частота алкогольных опьянений (%) при ненасильственной смерти относительно выполненных аутопсий в период 2015—2019 гг.

Темп снижения частоты алкогольных опьянений составил при болезнях органов кровообращения 20,1% и нервной системы на 100%, при других болезнях отмечается рост данного показателя: при новообразованиях -80%, инфекционных заболеваниях–40%, болезней органов пищеварения 25,9%, органов дыхания 14,3% соответственно.

Наличие алкоголя в крови у мужчин зафиксировано гораздо чаще – 5348 случаев мужчин (79,9 % от общего количества) против 1346 случаев женщин (20,1 % от общего количества) (см. рис.4).

Рис. 4. Гендерная структура алкогольных опьянений по результатам экспертиз/исследований трупов за 2015-2019 гг.

При оценке по возрастным группам выявлено явное преобладание группы с возрастом 56-60 лет (1007 случаев – 15,05 % от общего количества), на втором месте расположилась группа 51-55 лет (895 случая – 13,37 % от общего количества). В возрастных группах «Новорожденные», а также «96-100 лет», зарегистрировано по 2 случая обнаружения алкоголя в крови (0,03 % от общего количества) (см. рис. 5).

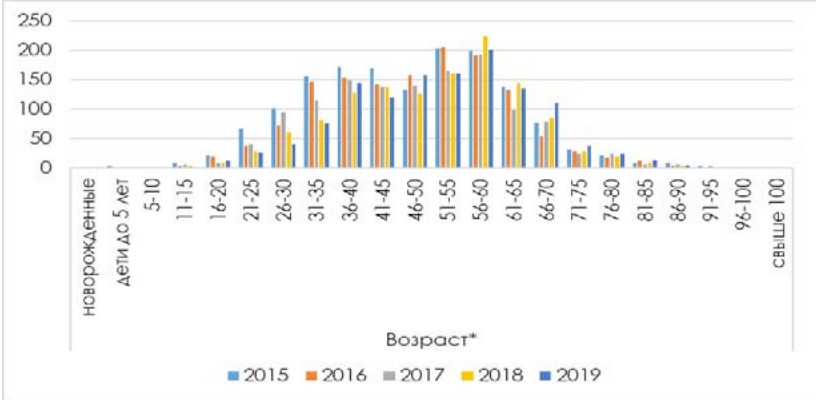


Рис. 5. Возраст исследованных трупов с обнаруженным в крови алкоголем за 2015 – 2019 гг.

При оценке всех летальных исходов в состоянии алкогольного опьянения, в 1690 случаях (25,25 % от общего числа исследованных) была зафиксирована концентрация алкоголя 0,6-1,5 ‰, 1607 случаев (24,01%) – 1,6-2,5 ‰ и в 1426 случаях (21,31%) – 3,1-5,0‰ (см. рис. 6).

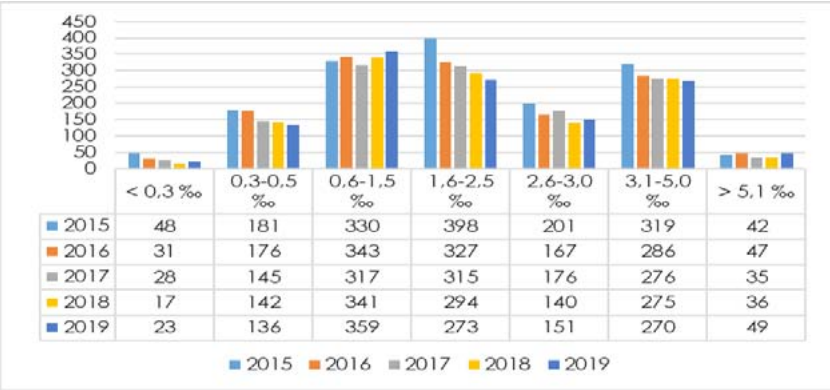


Рис. 6. Количественные показатели алкоголя в крови в исследованных трупах за 2015-2019 гг.

Вывод. Проблема злоупотребления алкогольными напитками остается актуальной, на что указывает высокая (27,6 %) частота алкогольных опьянений, выявляемых при судебно-медицинской экспертизе (исследование) трупов. При насильственной смерти по сравнению со смертью от заболеваний алкогольные опьянения устанавливались в 1,3 раза чаще, составляя соответственно 53,7 и 14,6%. Вместе с тем за период 2015-2019 гг. в Югре установлена положительная динамика снижения доли алкогольных опьянений с темпами - 4,5% при насильственной и - 23,5% при ненасильственной смерти.

Высокая частота алкогольных опьянений, выраженная в долевых показателях относительно количества выполненных аутопсий, наблюдалась при травмах острыми предметами и огнестрельных, утоплениях, отравлении угарным газом, самая низкая при новообразованиях.

При этом алкоголь в крови обнаруживается у мужчин гораздо чаще, при этом большая часть в возрасте 56-60 лет с преимущественной концентрацией этилового спирта в крови 0,6-1,5 ‰.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ОЧЕРКИ РАЗВИТИЯ ФИЛИАЛА «ОТДЕЛЕНИЕ В ГОРОДЕ НЕФТЕЮГАНСКЕ»

И.В. Алиева, П.В. Мисников
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета — Р.В. Скребов), г. Нефтеюганск

Нефтеюга́нск (от нефть и хант. ёган — река) — город в России, административный центр Нефтеюганского района Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, третий (после Сургута и Нижневартовска) по размеру город округа, один из немногих российских региональных городов, превосходящих административный центр своего субъекта федерации (Ханты-Мансийск) как по численности населения, так и по промышленному потенциалу.

Будущее Нефтеюганского района определили геологоразведочные работы, направленные на поиск нефти и газа. В июле 1961 года на правый берег Юганской Оби близ Усть-Балыкских юрт высадился отряд геологоразведчиков с бригадой плотников, они начали обустраивать территорию. Посёлок назвали Партсъездовский – в честь XX съезда КПСС. 5 октября над Усть-Балыком поднялся первый нефтяной фонтан. 18 декабря 1962 года были окончательно подтверждены запасы Усть-Балыкского месторождения. Из скважины № 63 ударил фонтан с суточным дебитом нефти 800 тонн. Посёлок переименовали в Нефтеюганский, объединив в этом слове «черное золото» Сибири и Юганскую Обь.

Территория Нефтеюганского района с севера и востока граничит с Сургутским районом, на западе с Ханты-Мансийским, с юга примыкает к Уватскому району

Тюменской области. Необходимость его образования была вызвана бурным ростом и развитием нефтяной промышленности. Началось строительство объектов промышленного назначения, дорог, мостов, линий электропередач и связи. Параллельно со строительством промышленных объектов велось строительство жилья и объектов социальной сферы, необходимых для осваивающих суровый Север. Образование Нефтеюганского района стало новым этапом в экономическом и культурном развитии региона. На его территории, равной 25-ти тыс. квадратных километров, проживало около 30-ти тысяч жителей.

Нефтеюганское отделение судебно-медицинской экспертизы организовано в 1973 году Тюменским бюро судебно-медицинской экспертизы. У истоков образования судебно-медицинской экспертизы в городе Нефтеюганске стояли заведующий отделением Семячков Анатолий Кириллович, лаборант в последующем старшая медицинская сестра Шарипова Мария Леоновна и санитар Бурлаков Юрий Степанович. Семячков Анатолий Кириллович родился 1 ноября 1946 г. в г. Нижнем Тагиле. После окончания в 1971 году Тюменского медицинского института работал городским судебно-медицинским экспертом в г. Нефтеюганске (Тюменская область). С 1979 г. работал в г. Тюмени заведующим отделом, с 1981 г. - заместителем начальника по экспертной работе Тюменского областного бюро судебно-медицинской экспертизы. Подготовил в интернатуре 40 судебно-медицинских экспертов. Имеет более 30 научных работ, несколько рационализаторских предложений. Член редколлегии профессиональной газеты Приволжско-Уральской ассоциации судебно-медицинских экспертов «Вестник судебно-медицинской службы». Много времени уделяет популяризации судебно-медицинской деятельности в профессиональной газете тюменского здравоохранения «Тюменская медицина». Награжден почетной грамотой

губернатора Тюменской области и нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» Минздрава РФ.

Так же в Нефтеюганском отделении работали эксперты-(совместители): Бобровский А.А. (врач-совместитель), Накрыжский В.И. (патологоанатом), Энтин Л.А., Сажин А.В. (ассистент кафедры судебной медицины Свердловского ГМИ), Успенский П.И. (бывший заведующий Лангепаский отделением СМЭ), Марфин А.В., Пензяков А.В., Ракитин А.В. (бывший заведующий Тюменским межрайонным отделением ОБСМЭ), Галимов Р.Ш. (патологоанатом), Семенович С.П. (патологоанатом), Сердюк О.А. (патологоанатом), Корепанов В.В. (судмедэксперт в г. Москве).

Постановлением Главы администрации от 15 ноября 1994 года N 253 «О создании Ханты-Мансийского окружного бюро судебно-медицинской экспертизы» и приказа Окружного территориального медицинского управления от 21.11.1994 года №120 было организовано окружное «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

Успешно продолжил развитие Нефтеюганского отделения Чернаков Алексей Леонидович. С 03.05.1994 года назначен заведующим Нефтеюганским отделением СМЭ приказ № 250 от 05.07.1994 года. Чернаков Алексей Леонидович окончил лечебный факультет Тюменского государственного медицинского университета в 1990 году. Начал свою трудовую деятельность в феврале 1987 года в должности санитара патологоанатомического отделения Тюменской областной клинической больницы. В 1992 году окончил интернатуру по специальности «Судебно-медицинская экспертиза». Неоднократно проходил циклы повышения квалификации, в т.ч. при ФУВ Алтайского государственного медицинского университета по «Вопросам судебно-медицинской травматологии», «Судебно-медицинской экспертизе». С 1992 года и по настоящее время работает в филиале «Отделение в городе Нефтеюганске» БУ ХМАО-

Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы: с апреля 1993 года по сентябрь 2017 года в должности заведующего отделением, сейчас работает в должности врача судебно-медицинского эксперта.

Прокопенко Сергей Анатольевич с 1992 года – судебно-медицинский эксперт Тюменского межрайонного отделения ОБСМЭ. с 2000 года работал в филиале «Отделении в городе Нефтеюганске» в должности врача судебно-медицинского эксперта по август 2017 года.

Козылбаев Виктор Валерьевич врач судебно-медицинский эксперт. Работал в филиале с 02.09.2014 года по 10.10.2017 год. Сейчас работает в Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области, филиал «Отделение в городе Серпухове». В 2018 году провел виртуальную альтернативную аутопсию, написал несколько статей, в том числе исследование пилота при авиакатастрофе. Имеет медаль за вклад в развитие судебной медицины.

Князева Наталия Витальевна – фельдшер-лаборант пришла в отделение медицинским регистратором 01.02.1990 году, в 1995 году фельдшер-лаборант, с 2004 года по 2007 года исполняла обязанности старшей медицинский сестры. В 2015 году награждена почетной грамотой Министерства здравоохранения. 03.06.2016 года занесена в Книгу Почета Казенного учреждения ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

Вакилова Елена Геннадьевна старшая медицинская старшая с 15.12.2008 года по 09.01.2013 года, с 10.01.2013 года работала фельдшером-лаборантом по 09.11.2016 года, сейчас работает в филиале «Отделение в городе Сургуте» фельдшером-лаборантом.

Бурлаков Юрий Степанович с 1978 года в Нефтеюганском отделении БСМЭ работал санитаром морга по 2018 год. С 15.01.2020 года принят на должность администратора (дежурного).

С 02.10.2017 года приказом начальника назначен заведующим филиала «Отделение в городе Нефтеюганске» Мисников Павел Владимирович. Мисников Павел Владимирович родился 22 января 1983 года в городе Белокуриха Алтайского края. В 2000 году с отличием окончил среднюю школу и поступил на лечебный факультет Алтайского государственного медицинского университета. В 2006 году прошел интернатуру на базе Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы и получил специальность «судебно-медицинская экспертиза». В 2008 году был принят на должность врача судебно-медицинского эксперта в филиал «Отделение в городе Лангепасе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы». В 2010 году назначен заведующим филиалом. За время работы в городе Лангепасе зарекомендовал себя как трудолюбивый, исполнительный и инициативный работник, квалифицированный судебно-медицинский эксперт и руководитель структурного подразделения. В 2017 году, ему было поручено возглавить более крупное подразделение – филиал «Отделение в городе Нефтеюганске». Мисников П.В. постоянно повышает свою квалификацию, занимается аналитической и научной работой, имеет публикации в журналах, в то числе под редакцией высшей аттестационной комиссии. В 2018 году получил высшую квалификационную категорию по специальности «судебно-медицинская экспертиза». В августе 2019 года назначен заместителем начальника по экспертной работе.

С 02.12.2019 года приказом начальника назначен заведующим филиала «Отделение в городе Нефтеюганске» Загвоздкин Дмитрий Федорович.

Загвоздкин Дмитрий Федорович работает в Бюро судебно-медицинской экспертизы с 2004 года. С 2004 года по 2007 год работал врачом судебно-медицинским экспертом в Ханты-Мансийском межрайонном отделении. В 2007

году назначен приказом начальника бюро руководителем филиала в городе Белоярском, на тот момент являлся самым молодым руководителем структурного подразделения в окружном учреждении «Бюро судебно-медицинской экспертизы», где успешно проработал на протяжении 12 лет. В 2019 году приказом начальника переведен заведующим в филиал» «Отделение в городе Нефтеюганске». Имеет высшую квалификационную категорию.

Сейчас в филиале «Отделение в городе Нефтеюганске» работают врачи судебно-медицинские эксперты: Загвоздкин Дмитрий Федорович (заведующий отделением), Чернаков Алексей Леонидович, Петри Оксана Владимировна, Хабирова Ольга Олеговна; фельдшера –лаборанты: Алиева Ирина Викторовна (исполняющая обязанности старшей медицинской сестры и материальное лицо), Боднюк Татьяна Витальевна, Князева Наталия Витальевна, Надина Татьяна Александровна, Шпилинов Иван Игоревич; медицинские регистраторы: Иванова Светлана Александровна, Кузнецова Татьяна Анатольевна; санитары морга: Гончарова Марина Валерьевна, Башкина Надежда Геннадьевна, Сазонова Анна Васильевна; администратор (дежурный): Бурлаков Юрий Степанович; водитель: Нургалиев Руслан Ленаритович.

Выводы. Филиал «Отделение в городе Нефтеюганске» выполняет проведение экспертиз на высокопрофессиональном уровне, в короткие сроки, соответственно с правилами производства судебно - медицинской экспертизы. Сотрудники филиала «Отделение в городе Нефтеюганске» постоянно повышают свою квалификацию, систематически проходят обучение, курсы переподготовки, достойно выполняют свои профессиональные обязанности. Работа в филиале «Отделение в городе Нефтеюганске» судебно-медицинской экспертизы сложная, но интересная. Коллектив отделения состоит из разновозрастных категории, что помогает в

работе, молодые делятся современными познаниями, а более старшее поколение своим опытом работы и накопленными знаниями, что сказывается положительно на общих показателях работы.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НИЖНЕВАРТОВСКОГО СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНОГО ЗОНАЛЬНОГО ОТДЕЛА КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА ПЕРИОД 2018, 2019, 2020 ГОДОВ

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, И.С. Мещерякова, П.В. Мисников Научно-организационный совет

КУ «Бюро судебно-медицинский экспертизы»

(начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов)

гг. Нижневартовск, Ханты-Мансийск

В Нижневартовском судебно-гистологическом отделении судебно-гистологические экспертизы и исследования проводятся для филиалов КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»: в городах Нижневартовске, Лангепасе, Мегионе, Радужном.

Сведения о медицинских кадрах отделения

Показатель	На конец отчётного года								
	Число штатных должностей			Число занятых должностей			Число физических лиц		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Всего	6	6	6	6	5	5	6	5	5
из них: врачи - судмедэксперты (в том числе заведующие подразде-лением)	3	3	3	3	2	2	3	2	2
средний медицинский персонал (без учета медрегис-траторов)	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Укомплектованность медицинскими кадрами

	Укомплектованность штатными должностями (%)			Укомплектованность физическими лицами (%)		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Всего	100	83,3	83,3	100	83,3	83,3
из них: врачи - судмедэксперты (в том числе заведующие подразделением)	100	66,7	66,7	100	66,7	66,7
средний медицинский персонал (без учета медрегистраторов)	100	100	100	100	100	100

Аттестация медицинских кадров

Показатель	Врачебный персонал			Средний медицинский персонал (без учета мед.регистраторов)		
	2018г.	2019г.	2020г.	2018г.	2019г.	2020г.
Имеют сертификат специалиста	3	2	2	3	3	3
в % от общего числа специалистов	100	100	100	100	100	100
Имеют квалификационную категорию	1	1	1	1	1	1
в % от общего числа специалистов	33,3	50	50	33,3	33,3	33,3
Имеют высшую категорию	1	-	-	1	1	1
в % от общего числа, имеющих категорию	100	-	-	100	100	100
Имеют I категорию	-	-	-	-	-	-
в % от общего числа, имеющих категорию	-	-	-	-	-	-
Имеют II категорию	-	1	1	-	-	-
в % от общего числа, имеющих категорию	-	100	100	-	-	-

Количественные показатели работы Нижневартовского судебно-гистологического отделения

Показатели	**2018г.**	**2019г.**	**2020г.**	**Темп прироста/ убыли, %**
Общее число исполненных экспертиз	199	832	1015	Увеличение в 4,1 раза
Общее число исследований	1351	541	619	-54,2

Количество объектов (кусочков)	19950	18479	20155	1,0
Количество объект-исследований	20032	18552	20272	1,2

Показатели врачебной нагрузки

Показатели	**2018г.**	**2019г.**	**2020г.**	**Темп прироста/ убыли, %**
Количество экспертиз/ исследований на 1 эксперта	517	687	817	58,1
Среднее кол-во объектов (кусочков) в 1 исследовании	12,9	13,5	12,3	-4,2
Среднее количество объект-исследований в 1 экспертизе	12,9	13,5	12,4	-4,0

Объем экспертной нагрузки за 2018-2020 гг.

эксперт	2018 г.		2019 г.		2020 г.	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
№ 1	503	32,45	270	19,66	0	0,00
№ 2	540	34,84	584	42,53	582	35,62
№ 3	507	32,71	519	37,80	1052	64,38
Итого	1550	100,00	1373	100	1634	100

По сравнению с 2018 годом нагрузка на физическое лицо увеличилась на 58,1 %, что связано с выходом на пенсию заведующей отделением, увеличением объемов экспертиз/исследований в 2020 году на 5,4%. Количество видов окраски, применяемых при гистологических исследованиях: 10. Основная окраска гематоксилин – эозином и дополнительные: по ван Гизону, ГОФП, Нисслю, Цилю-Нильсену, по Павловскому, Вейгерт-ван Гизону, Конго красным, по Граму, по Перлсу. В связи с поломкой криостата в настоящее время использование дополнительной окраски на жиры (Судан III) не представляется возможным, хоть методика данной покраски и отработана в отделении.

Сроки проведения экспертиз (исследований) по Нижневартовскому судебно-гистологическому отделению

Сроки	2018г.	2019г.	2020г.	**Темп прироста/ убыли, %**
До 7 дней	959	590	507	-47,1
	61,9%	43,0%	31,0%	
8- 14 дней	580	660	873	50,5
	37,4%	48,1%	53,4%	
15-21 день	11	123	253	Увеличение в 22 раза
	0,7%	9,0%	15,5%	
22 – 30 дней	-	-	1	
Свыше месяца	-	-	-	
Всего	1550	1373	1634	5,4
Не окончено на конец отчетного года	20	30	20	0

84,4 % исследований и экспертиз в 2020 году выполнены в оптимальные сроки - до 14 дней. Определяется снижение

(на 47,1%) количества экспертиз (исследований), выполненных до 7 суток и увеличение количества экспертиз, исследований, выполненных за 8-14 суток (увеличение на 50,5%), за 15-21 сутки увеличение в 22 раза. Что, вероятно, связано с уменьшением количества врачей судебно-медицинских экспертов, увеличением количества экспертиз/исследований за год.

Динамика количества гистологических исследований по категориям смерти за 2018-2020 гг.

Категории смерти	2018г.	2019г.	2020г.	**Темп прироста/ убыли**
Насильственная	296	287	306	3,4
	19,1%	20,9%	18,7%	
Ненасильственная	1199	1015	1259	5,0
	77,4%	73,9%	77,1%	
Причина смерти не установлена	55	71	69	25,5
	3,5%	5,2%	4,2%	
Всего	1550	1373	1634	5,4

Динамика количества выполненных экспертиз и исследований по основным поводам при разных категориях смерти за 2018-2020гг.

Категории смерти, поводы к исследованиям	**Всего исследований и экспертиз**			**Темп прироста, убыли %**
	2018г.	**2019г.**	**2020г.**	
Насильственная смерть	**296**	**287**	**306**	**3,4**
- определения характера, прижизненности и давности патологического процесса	111	84	95	-14,4
	37,5%	29,3%	31,0%	
- установление диагноза	35	23	25	-28,6
	11,8%	8,0%	8,2%	
- подтверждение диагноза	150	180	186	24,0
	50,7%	62,7%	60,8%	
Ненасильственная смерть	**1199**	**1015**	**1259**	**5,0**
- определение характера и давности патологического процесса	42	18	39	-7,1
	3,5%	1,8%	3,1%	
- установление диагноза	178	116	190	6,7
	14,8%	11,4%	15,1%	
-подтверждение диагноза	979	881	1030	5,2
	81,7%	86,8%	81,8%	

Динамика количества исследованных объектов по различным поводам в зависимости от категории смерти за 2018-2020гг.

Категории смерти, поводы к исследованиям	**Всего исследованных кусочков**			
	2018г.	**2019г.**	**2020г.**	**Темп прироста/ убыли, %**
Насильственная смерть	**4270**	**4051**	**3902**	-8,6
- определения характера, прижизненности и давности патологического процесса	1597	1285	1444	-9,6
	37,4%	31,7%	37,0%	

- установление диагноза	497	327	382	-23,1
	11,6%	8,1%	9,8%	
- подтверждение диагноза	2176	2439	2076	-4,6
	51,0%	60,2%	53,2%	
Ненасильственная смерть	**15393**	**13960**	**15875**	3,1
- определение характера и давности патологического процесса	594	276	613	3,2
	3,9%	2,0%	3,9%	
- установление диагноза	2530	1705	2816	11,3
	16,4%	12,2%	17,7%	
-подтверждение диагноза	12269	11979	12446	1,4
	79,7%	85,8%	78,4%	

Динамика количества исследованных объект-исследований по различным поводам в зависимости от категории смерти за 2018-2020 гг.

Категории смерти, поводы к исследованиям	**Всего исследованных объект-исследований**			
	2018г.	**2019г.**	**2020г.**	**Темп прироста/ убыли, %**
Насильственная смерть	**4285**	**4054**	**3927**	-8,4
- определения характера, прижизненности и давности патологического процесса	1609	1285	1448	-10,0
	37,5%	31,7%	36,9%	
- установление диагноза	497	327	393	-20,9
	11,6%	8,1%	10,0%	

- подтверждение диагноза	2179	2442	2086	-4,3
	50,9%	60,2%	53,1%	
Ненасильственная смерть	**15460**	**14029**	**15967**	3,3
- определение характера и давности патологического процесса	598	280	619	3,5
	3,9%	2,0%	3,9%	
- установление диагноза	2532	1725	2831	11,8
	16,4%	12,3%	17,7%	
-подтверждение диагноза	12330	12024	12517	1,5
	79,8%	85,7%	78,4%	

Из приведенных показателей работы отделения можно заключить, что общий объем работы в отделении по сравнению с 2018 годом увеличился на 84 случая (5,4%). Наблюдается резкий скачок количества экспертиз (увеличение в 4,1 раза) и снижение количества исследований (на 54,2%). Дополнительно было выполнено 23 первичных/ дополнительных экспертизы.

Выводы.

1. Квалификация и опыт позволяет сотрудникам отделения выполнять экспертные исследования практически любой сложности в полном объеме и в разумные строки.

2. В 2020 году отмечается тенденция к увеличению как насильственной смерти (на 3,4%), так и ненасильственной (на 5%), также неустановленной причины смерти (на 25%).

Литература.

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты-Мансийск 2018, 171 с.;

2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др.. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАПАДЕНИЯ МЕДВЕДЯ

Т.В. Акулова, Р.А. Фаткулин

(начальник, председатель Научно-организационного совета — Р.В. Скребов), пгт. Березово

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Случаи наступления смерти в результате нападения медведей достаточно редки, чаще встречаются посмертные повреждения трупов животными, либо трупы обнаруживаются в состоянии гнилостных изменений, и установление причины наступления смерти в данных случаях невозможно. Но, учитывая распространенность лесных массивов, водоемов, и связанную с этим развитость охоты и рыбалки на территории Российской Федерации, данная тема достаточно актуальна.

Медведь — очень крупное животное, вес взрослого животного, при высоте в холке около метра, достигает 700 кг. Череп массивный, у взрослых форм с мощно развитыми гребнями. Челюсти мощные, резцы и клыки крупные, но остальные зубы в связи со смешанным типом питания невелики и не специализированы. Зубов от 32 до 40 — 42, часто имеет место индивидуальная и возрастная изменчивость зубной системы. Когти длинные, изогнутые, мощные, не втяжные, на верхних конечностях длиннее, чем на нижних. Острота когтей зависит от условий среды – более сточенные у обитателей побережья рек и более острые у медведей, обитающих в лесу. Повреждения при нападения медведя образуются в результате воздействия когтей, зубов, ударного воздействия лап, воздействия (давления) массы животного, а также при перемещении тела по грунту, отличаются обширностью. Раны, как правило, рваные,

скальпированные, лоскутные, с осаднением вдоль краев, могут наблюдаться дырчатые переломы плоских костей, оскольчатые переломы трубчатых костей.

Представляю вниманию случай нападения животного из моей практики: в августе 2020 года, вечером, в полицию поступило телефонное сообщение об обнаружении в лодке, на берегу реки, трупа с множественными повреждениями. При выяснении обстоятельств было установлено, что мужчина, увлекающийся охотой и рыбалкой, ставил капканы «петли» на медведей, утром выехал в лес с целью проверки капкана, и обнаружил попавшего в него медвежонка, вероятно, в данном случае, нападение медведя было связано с защитой потомства.

При исследовании одежды установлены сквозные повреждения углообразной формы, расположенные на куртке, на рукавах, спинке и полочках рубашки, множественные сквозные линейные и углообразные повреждения на брюках, размерами от 2,0х1,8 см до 21,0х16,0 см, одежда с множественными участками пропитывания кровью.

При исследовании трупа обнаружен обширный дефект кожи и подлежащих мягких тканей в в области головы, передней и боковых поверхностей шеи, передней поверхности груди до уровня границы средней и нижней трети, края данного дефекта волнистые и лоскутные, осаднены на ширину от 0,2 см до 1,5 см, в мягких тканях в области краев дефекта, а также в сохранившихся небольших фрагментах мягких тканях головы и шеи располагались пятнистые кровоизлияния.

У трупа отсутствовали правое глазное яблоко, обе ушные раковины, частично хрящи носа.

Обнаружены множественные рваные раны на задней и наружной поверхностях левого бедра, на левой ягодице, в проекции крыла левой подвздошной кости, на левой заднебоковой поверхности живота в верхней и нижней трети, на передней поверхности левого бедра, в третьем межпальцевом промежутке правой кисти, на ладонной поверхности правой кисти, на ладонной поверхности левой кисти, на тыльной поверхности левой кисти, на передней поверхности левого предплечья, ссадины в области правого надплечья, передней поверхности левого плеча, передней поверхности груди, в проекции крыла левой подвздошной кости, на задневнутренней поверхности левого бедра, кровоподтек на левой ягодице. Часть ран и ссадин на левой нижней конечности, на левой ягодице, в левой заднебоковой поверхности живота расположены

группами по четыре повреждения, сгруппированными в виде прямоугольников, учитывая локализацию, данные повреждения могли образоваться в результате воздействия верхних и нижних клыков животного. При внутреннем исследовании было установлено: Мягкие ткани головы представлены небольшим количеством мелких фрагментов мышц, соединительной ткани и жировой клетчатки, с темно-красными кровоизлияниями. При исследовании костей черепа установлены: вдавленный перелом правой височной кости, близкой к овальной формы, размером 3,0х1,1 см, края его скошены сзади наперед, в задней части относительно ровные, в передней части мелкозубчатые; вдавленный перелом левой височной, части лобной и части левой теменной костей — неправильной, близкой к прямоугольной формы, размером 8,0х4,5 см, задний и нижний края его относительно ровные, отвесные, верхний и передний — волнистые, в области переднего края перелома имеется сквозное повреждение твердой мозговой оболочки, овальной формы, размером 2,0х1,0 см, обнаружен дефект хрящей крыльев носа, передней части перегородки с краевым дефектом костей носа, края костного дефекта неровные, мелкозубчатые. Кости основания черепа целы. Под твердой мозговой оболочкой в правой и левой височных областях располагались кровоизлияния объемом 15,0 мл и 20,0 мл соответственно. Под мягкой мозговой оболочкой наружных поверхностей правой и левой височных долей также установлены кровоизлияния. В области полюса правой височной доли, в сером веществе, имелся очаг ушиба размером 3,5х2,5 см, глубиной до 0,6 см. По краю дефектов мягких тканей шеи и груди располагаются крупноочаговые кровоизлияния, местами сливающиеся между собой, наиболее выраженные в области передней поверхности

шеи. Сосуды и нервы шеи, щитовидная железа, мышцы передней и боковых поверхностей шеи, хрящи гортани, верхняя треть пищевода, верхняя треть трахеи, часть корня языка отсутствуют. Обнажена передняя поверхность тел шейных позвонков с сохраненным связочным аппаратом. Края поврежденных сосудов, нервов, мышц, пищевода и трахеи на уровне верхнего края ключиц — неровные, волнистые и зубчатые, в окружающих мягких тканях располагаются очаговые и крупноочаговые кровоизлияния. Язык представлен верхушкой, телом и частью корня, край корня языка неровный, волнистый, местами лоскутный, с блестящим кровоизлиянием красного цвета. Внутренние органы груди, живота и таза повреждены не были. Выявлены кровоизлияния под эндокардом (пятна Минакова).

При гистологическим исследовании установлены полнокровие сосудов головного мозга и легких, малокровие сосудов сердца и селезенки, неравномерное кровенаполнение сосудов печени и почек, признаки «шока» в печени, кровоизлияния под мягкой мозговой оболочкой, и в веществе головного мозга с начальными реактивными изменениями, кровоизлияния в мягких тканях груди, в жировой клетчатке, окружающей сонную артерию и мягких тканях вокруг трахеи с лейкостазами в сосудах. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в количестве в крови 0,32 ‰, в моче 1,3 ‰ (промилле). При медико-криминалистическом исследовании установлено: На кожном лоскуте левой ягодичной области четыре рваные раны и одна царапина. На фрагменте с левой половины свода черепа – один дырчатый перелом. Раны причинены твердыми предметами (либо одним предметом) с небольшим поперечным сечением. Передняя половина перелома черепа образовалась в результате воздействия твердым предметом

сложной формы либо несколькими предметами, контактная поверхность которого (которых) имела выступы полукруглой (либо округлой) формы диаметром около 11-15 мм. Не исключается возможность причинения ран и царапины на кожном лоскуте когтями животного, а также образование перелома черепа при воздействии зубов и (или) когтей крупного животного. Часть ран и ссадин на левой нижней конечности, на левой ягодице, на левой заднебоковой поверхности живота расположены группами по четыре повреждения, сгруппированными в виде прямоугольников, учитывая локализацию, данные повреждения могли образоваться в результате воздействия верхних и нижних клыков животного.

Таким образом, учитывая обстоятельства дела и результаты проведенных исследований, обширность повреждений, прижизненный характер их образования, было установлено, что смерть потерпевшего наступила в

результате нападения животного, от открытой раны шеи с повреждением мягких тканей, сосудов, гортани, щитовидной железы, верхней трети трахеи и пищевода, осложнившейся развитием острой кровопотери.

Литература

1. Калинкина Н.В. Повреждения, причиняемые медведями. // Избранные вопросы судебно-медицнской экспертизы. - Хабаровск, 2018 - № 17. - С. 107-113.

2. Кукотин А.К. Повреждения когтями и зубами медведя // Избраные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Выпуск 3. - Хабароск, 2000. - С. 51-53.

3. Леонов С.В., Власюк И.В.. Дифференциальная диагностика повреждений, образовавшихся при нападении и посмертном объедании трупа хищными животными. - М.: РЦСМЭ, 2011;

4. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Раннев А.Ю. Голодная смерть в 21 веке (случай из практики) / Актуальные вопросы судебно-медицинской науки и практики. Посвященный 60-летию образования государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы». - г. Тюмень, 2013. - С. 57-60;

5. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты- Мансийск 2018, 171 с.;

6. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

7. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

8. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЛИАЛА «ОТДЕЛЕНИЕ В Г. ЛАНГЕПАСЕ» ВОСТОЧНОГО ЗОНАЛЬНОГО ОТДЕЛА КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА ПЕРИОД 2018, 2019, 2020 ГОДОВ

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, А.В. Вершинин, П.В. Мисников

Научно-организационный совет КУ «Бюро судебно-медицинский экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов)

гг. Мегион, Ханты-Мансийск, Лангепас

«…В жизни, как правило, преуспевает больше других тот, кто располагает лучшей информацией…»
Бенджамин Дизраэли

Филиал «Отделение в городе Лангепасе» является структурным подразделением казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», оказывающим услуги в области судебной медицины судебно-следственным, правоохранительным органам и жителям г. Лангепаса, г. Покачи, коренному населению, проживающему на территории Сургутского района (д. Локосово, д. Верхне-Мысовая) и на территории Нижневартовского района (п. Аган, месторождения). Расстояние между городами Покачи и Лангепас около 70 км. С этим и связана длительность выездов на место происшествия, также удлинение сроков исследований при несвоевременной доставке документов экспертам. Кроме того, приходится выезжать на месторождения градообразующих предприятий городов Покачи и Лангепас, которые располагаются от Лангепаса на расстоянии до 150 км.

Кадры и штаты

Таблица 1

Сведения о медицинских кадрах филиала

Показатель	Число штатных должностей			Число занятых должностей			Число физических лиц		
	2018г.	2019г.	2020г.	2018г.	2019г.	2020г.	2018г.	2019г.	2020г.
Всего	4	4	4,5	2	2	2	2	2	2
Из них: врачи — судмедэксперты (в том числе заведующие подразделением)	4	4	4,5	2	2	2	2	2	2

Средний медицинский персонал (без учета медрегистраторов)	3	3	4	3	3	4	3	3	4

Таблица 2

Укомплектованность медицинских кадров

	Укомплектованность штатными должностями (%)			Укомплектованность физическими лицами (%)		
	2018г.	2019г.	2020г.	2018г.	2019г.	2020г.
Всего	2	2	2	2	2	2
Из них: врачи — судмедэксперты (в том числе заведующие подразделением)	2	2	2	2	2	2
Средний медицинский персонал (без учета медрегистраторов)	3	3	4	3	3	4

Таблица 3

Аттестация медицинских кадров

Показатель	Врачебный персонал			Средний персонал		
	2018г.	2019г.	2020г.	2018г.	2019г.	2020г.
Всего	2	2	2	3	3	4
в % от общего числа	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Имеют категорию	1	1	1	3	3	4
в % от общего числа	-	-	-	100%	100%	100%
высшая категория	0	0	0	3	3	3
в % от общего числа, имеющих категорию	-	-	-	100%	100%	75%
I категория	0	0	0	0	0	0
в % от общего числа, имеющих категорию	-	-	-	-	-	-
II категория	1	1	1	0	0	1
в % от общего числа, имеющих категорию	50%	50%	50%	-	-	25%

Укомплектованность штатами филиала «Отделение в городе Лангепасе» по среднему медицинскому персоналу высокая, по высшему низкая. Заведующий имеет вторую квалификационную категорию, врач - судебно-медицинский эксперт не имеет квалификационной категории.

Из среднего медицинского персонала три фельдшера-лаборанта имеют высшие квалификационные категории, один фельдшер-лаборант имеет вторую квалификационную категорию.

Экспертная деятельность
Судебно-медицинская экспертиза и исследование трупов

Таблица 4

Направлено на дополнительные методы исследования

Метод исследования	2018г.	2019г.	2020г.	темп прироста/убыли
Всего произведено аутопсий	159	159	177	11,3%
Судебно-гистологический	157	159	176	12,1%
Судебно-биологический	4	6	1	-75%
Судебно-химический	146	148	160	9,5%
Медико-криминалистический	7	4	7	Без изменений

Таблица 5

Структура насильственной смерти

Виды насильственной смерти	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Механическая травма	16	48,5%	15	48,3%	14	36,8%	-12,5%
Механическая асфиксия	5	15,2%	6	19,4%	12	31,6%	140%
Крайние температуры	1	3%	0	-	0	-	Уменьшилось на 1
Отравления	10	30,3%	10	32,3%	11	28,9%	10%
Прочие	1	3%	0	-	1	2,7%	Без изменений
итого	33	100%	31	100%	38	100%	15,1%

Таблица 6

Структура механической травмы в категории насильственной смерти

Механическая травма	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Транспортная травма	4	25%	3	20%	5	35,7%	25%
Падения с высоты	3	18,8%	4	26,7%	2	14,3%	-33,3%
Огнестрельная травма	1	6,2%	0	-	0	-	Уменьшилось на 1
Действие тупых предметов	6	37,5%	5	33,3%	4	28,6%	-33,3%

Действие острых орудий	2	12,5	3	20%	0	-	Уменьшилось на 2
прочие	0	-	0	-	3	21,4%	Увеличилось на 3
Итого	16	100%	15	100%	14	100%	-12,5%

Таблица 7

Структура отравлений в категории насильственной смерти

Виды отравлений	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
этанол	6	60%	4	40%	5	45,6%	-16,6%
Угарный газ	1	10%	4	40%	2	18,2%	50%
Психотропные вещества	0	-	0	-	0	-	-
Кислоты и щелочи	0	-	0	-	1	9%	Увеличилось на 1
Неустановленные яды	1	10%	0	-	1	9%	Без изменений
Органические растворители и технические жидкости	2	20%	0	-	0	-	Уменьшилось на 2
Прочие яды	0	-	2	20%	2	18,2%	Увеличилось на 2
Итого	10	100%	10	100%	11	100%	10%

В структуре причин смерти, наступившей от отравлений по отделению за 2020 год – 11 случаев, из них:

5 случаев смерти от отравления этанолом, 2 случая от отравления угарным газом, 1 случай отравления кислотами и щелочами, 1 случай отравления неустановленным ядом, 2 случая отравления прочими ядами. Смерть от отравления наркотическими веществами в 2020 году - 2.

Таблица 8

Структура механической асфиксии в категории насильственной смерти

Механическая асфиксия	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
повешение	3	60%	4	66,6	1	8,4%	-66,6%
утопление	0	-	1	16,7%	5	41,6%	Увеличилось на 5
удавление петлей	0	-	0	-	2	16,7%	Увеличилось на 2
прочие	2	40%	1	16,7%	4	33,3%	100%
итого	5	100%	6	100%	12	100%	140%

В структуре причин смерти, наступившей от механической асфиксии в 2020 году:

- на 1 месте – утопление с 5 случаями,
- на 2 месте - прочие асфиксии с 4 случаями, удавление петлей - 2 случая и повешение – 1 случай.

Из таблицы видно, что на в прошлые года на первом месте среди причин смерти от механической асфиксии преобладала смерть от повешения.

Таблица 9

Структура воздействия крайних температур в категории насильственной смерти

Крайние температуры	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
низкая	1	100%	0	-	0	0	-100%
Высокая (ожоги)	0	-	0	-	0	0	-
Тепловой (солнечный удар)	0	-	0	-	0	0	-
прочие	0	-	0	-	0	0	-
итого	1	100%	-	-	-	-	-100%

Таблица 10

Структура ненасильственной смерти

Виды ненасильственной смерти	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Болезни	110	92,4%	102	88,7%	111	88%	0,9%
Смерть при беременности, родах и послеродовом периоде	0	-	0	-	0	-	-
Смерть детей до 1 года	0	-	0	-	1	0,8%	Увеличилось на 1
мертворожденные	1	0,8%	0	-	1	0,8%	Без изменений
Прочие виды ненасильственной смерти	8	6,8%	13	11,3%	13	10,4%	62,5%
итого	119	100%	115	100%	126	100%	5,8%

Таблица 11

Структура смертности от болезней в категории ненасильственной смерти

Виды болезней	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Систем кровообращения	60	54,5%	56	55%	68	61,3%	13,3%
Органов дыхания	3	2,7%	6	5,9%	4	3,6%	33,3%
Органов пищеварения	11	10%	6	5,9%	6	5,4%	-45,4%
Нервной системы	2	1,8%	5	4,9%	3	2,7%	50%
новообразования	25	22,8	28	27,4%	30	27%	20%
туберкулез	1	0,9%	0	-	0	-	Уменьшилось на 1
Прочие инфекции	7	6,4%	0	-	0	-	Уменьшилось на 7
ВИЧ	1	0,9%	1	0,9%	0	-	Уменьшилось на 1
Итого	110	100%	102	100%	111	100%	0,9%

Количество аутопсий в отделении за 2020 год составило 177 (в 2018 году — 159, в 2019 году - 159), т.е. увеличивается с 2018 года (на 11,3%). Среди причин смерти превалирует ненасильственная смерть - 360 случаев за три года (72,7% от общего количества исследований с установленным диагнозом). Насильственная смерть - 100 случаев (20,2%). В процентном соотношении исследование трупов с насильственно и ненасильственной причинами смерти к смерти к исследованиям с установленным диагнозом выглядят так: 2018 год – 31 случай (19,5%) и 131 случай (82,4%), 2019 год – 31 (19,5%) и 115 (72,3%), 2020 год — 38 случаев (21,4%) и 126 случаев (71,1%). То есть количество умерших насильственной смертью в течении последних трех лет увеличилось на 7. В количественном соотношении картина по ненасильственной смерти уменьшилось на 5. В ненасильственной смертности, в процентном соотношении, самый высокий показатель зафиксирован в 2018 году – 82,4%, в количественном 131 случай в 2018 году.

Анализ ненасильственной смерти показал, что основное место за последние три года занимают смерть от сердечнососудистых заболеваний (184 случаев). Второе место по частоте занимают новообразования (83 случая). Третье место занимают болезни органов пищеварения (23 случая).

Смертность от заболеваний органов системы кровообращения за последние три года в количественном отношении в 2020 году повысилось до 68 случаев после падения в 2019 году: в 2018 году – 60 случая, в 2019 году – 56 случая. Количество смертей от онкологической патологии вновь выросло в 2020 году до 30 случаев, в 2018 – 25 случаев, в 2019 году - 28 случаев. Количество смертей от заболеваний органов дыхания несколько уменьшилось: в 2018 году – 3 случаев, в 2019 году – 6 случая в 2019 году – 4 случая. Смертность от заболеваний

органов пищеварения не изменилась с 2019 года (6 случаев), в 2018 году – 11 случаев. Смертность от инфекционных заболеваний снизилась: в 2018 году было 9 случаев смерти, в 2019 году – 1 случай, а в 2020 году – ни одного. Количество исследований, которые закончились невозможностью уставить диагноз, повысилось 2020 году до 10 случаев. В 2018 году было 7 случаев, в 2019 году 6 случаев. Количество незаконченных актов на конец 2020 года 4, в 2018 – 0, в 2019 - 7.

Рассматривая структуру насильственной смерти за три года, видно, что преобладает смертность от механической травмы (45 случаев).

на 1 месте – механическая травма. В 2018 году – 16 случаев, в 2019 году - 15 случаев, в 2020 году 14 случаев.

2 место – механическая асфиксия 12 случаев. В 2018 году – 5 случаев, в 2019 году 6 случаев.

3 место – отравления с 11 случаями. В 2018 и 2019 году по 10 случаев.

Произошло увеличение смертности от механической асфиксии до 12 случаев.

В 2020 году погибших от повреждений острыми орудиями не было, в 2018 году - 2 случая, в 2019 году 3 случая.

Погибших от действия крайних температур в 2018 году - 1, в 2019 году 0, в 2020 году 0 случаев.

Отравление наркотическими веществами за последние 3 года выросло: в 2018 году 0, в 2019 году — 1, в 2020 году — 2 случая. Уровень отравлений угарным газом в 2020 году – 2 случая (в 2018 году – 1 случай, в 2019 году – 4).

Общее число умерших ненасильственной смертью в 2020 году – 126, в 2018 году 119, в 2019 - 115 из них зафиксировано:

- от заболеваний системы кровообращения - 68 человек; в 2018 году, 60 человека, в 2019 году 56 человек;

- от новообразований – 30 случаев; в 2018 – 25, в 2019 – 28 случаев;
- от заболеваний органов дыхания – 4 случая; в 2018 году – 3, в 2019 году - 6;
- от заболеваний органов пищеварения - 6 случаев; в 2018 году 11 случаев, в 2019 году – 6;
- смертей от инфекционных заболеваний зарегистрировано не было; в 2018 году - 9 случаев, в 2019 году – 1 случай.

В 2020 году в 45 случаях в биологическом материале от трупов был обнаружен алкоголь, что составляет 25,8% от общего числа оконченных аутопсий; в 2018 году - 34 случая (21,4%); в 2019 году - 38 случаях (25% от общего числа аутопсий).

Таблица 12

Объем экспертной нагрузки и % от общего количества аутопсий за 2018-2020гг. по филиалу

Эксперты	2018г.		2019г.		2020г.	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
№ 1	64	40,3%	86	54,7%	78	44%
№ 2	95	59,7%	71	45,3%	99	56%
Итого по филиалу	159	100%	157	100%	177	100%

Количество исследований трупов, произведенных экспертом № 2, увеличилось на 4 случая (4,2%), освидетельствований живых лиц уменьшилось на 33 (-7,3%).

Таблица 13

Объем экспертной нагрузки и % от общего количества экспертиз/исследований за 2018-2020гг. по филиалу

Эксперты	2018г.		2019г.		2020г.	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
№ 1	205	31,4%	341	40,8%	352	45,9%
№ 2	448	68,6%	493	59,1%	415	54,1%
Итого по филиалу	653	100%	834	100%	767	100%

4.2. Судебно-медицинская экспертиза и исследование живых лиц

Таблица 14

Структура экспертиз (освидетельствований) потерпевших, обвиняемых и других лиц

Степень тяжести вреда здоровью	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Тяжкий вред здоровью	32	5%	42	5,1%	39	5,1%	21,8%
Средней тяжести	55	8,6%	80	9,8%	70	9,2%	27,3%
Легкий вред здоровью	145	22,7%	149	18,2%	119	15,7%	-17,9%
Без оценки вреда здоровью	316	49,5%	412	50,5%	439	58%	-38,9%
Повреждений не обнаружены	91	14,2%	134	16,4%	91	12%	Без изменений
итого	639	100%	817	100%	758	100%	18,6%

Экспертизы/исследования оценки степени тяжести вре-

да, причиненного здоровью человека, распределились следующим образом:

По оценке вреда здоровью:

Количество повреждений, причинивших тяжкий вред здоровью, в 2020 году понизилось до 39 случаев, что составляет 5,1% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью; в 2018 году – 32 случаев (5% общего числа исследований по оценке вреда здоровью), в 2019 году 42 случая (5,1% общего числа исследований по оценке вреда здоровью);

Количество повреждений, причинивших средней тяжести вред здоровью, так же понизилось в 2019 году до 70 случаев, что составляет 9,2% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью; в 2018 году - 55 случаев (8,6% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью), в 2019 году - 80 случаев (9,8% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью);

Количество повреждений, причинивших легкой степени вред здоровью, составило 119 случаев в 2020 году, что составило 15,7% от общего числа исследований (по оценке вреда здоровью); 2018 год – 145 случая (22,7% общего числа исследований по оценке вреда здоровью); в 2019 году – 149 случаев (18,2% общего числа исследований по оценке вреда здоровью);

Количество исследований без оценки вреда здоровью увеличилось в 2020 году до 439, что составляет 58% от общего числа исследований (по оценке вреда здоровью); 2018 год - 316 случаев (49,5% общего числа исследований по оценке вреда здоровью); 2019 год - 412 случаев (50,5% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью);

Количество исследований, при которых не обнаружены телесные повреждения, понизились в 2020 году до 91

случая, что составляет 12% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью); в 2018 году – 91 случай (14,2% общего числа исследований по оценке вреда здоровью), в 2019 году - 134 случаев (16,4% общего числа исследований по оценке вреда здоровью).

Экспертиз по определению рубцов проведено не было.

Таблица 15

Степень тяжести вреда здоровью	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Тупые предметы	386	60,4%	509	62,3%	447	59%	15,8%
Острые предметы	32	5%	20	2,4%	17	2,2%	-46,9%
Огнестрельные травмы	4	0,6%	0	-	0	-	Уменьшилось на 4
Автомобильные травмы	8	1,3%	18	2,2%	26	3,4%	225%
прочие	118	18,5%	136	16,7%	177		50%
Не обнаружено	91	14,2%	134	16,4%	91	12%	Без изменений
итого	639	100%	817	100%	758	100%	18,6%

Из произведенных экспертизах/освидетельствованиях в 2020 году в 447 случаях (59% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью) повреждения причинены твердыми тупыми предметами; в 2018 году в 386 случаях (60,4% от общего числа освидетельствований), в 2019 году в 509 случаях (62,3% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью). Из произведенных экспертизах/освидетельствованиях в 2020 году в 17 случаях (2,2% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью) повреждения причинены острыми предметами; в 2018 году в 32 случаях (5% от общего числа исследований по оценке

вреда здоровью), в 2019 году в 20 случаев (3,9% от общего числа освидетельствований). Автомобильная травма в 2020 году была в 26 случаях (3,4% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью); в 2018 году в 8 случаев (1,3% от общего числа освидетельствований), в 2019 году в 18 случаях (2,2% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью). В 2020 году из всех экспертиз/обследований в 91 случае телесные повреждения не были обнаружены (12% от общего числа исследований по оценке вреда здоровью), в 2018 году 91 случай и 134 в 2019 году.

Сроки проведения экспертиз и исследований

Таблица 16

Судебно-медицинская экспертиза/ исследование живых лиц	2018г.	2019г.	2020г.	Динамика, %
До 14 дней	649	821	760	17,1%
15-30 дней	1	1	6	Увеличилось в 6 раз
Свыше месяца	0	0	0	-

Таблица 17

Судебно-медицинская экспертиза/ исследование трупов	2018г.	2019г.	2020г.	Динамика, %
До 14 дней	88	49	173	96,5%
15-30 дней	71	103	1	-68,6%
Свыше месяца	0	0	0	-

Сроки проведения исследований и экспертиз живых:

в срок до 14 дней: 2018 год – 649 (99,8%), 2019 год – 821 (99,9%), 2020 год — 760 (99%);

в срок от 15 дней до месяца: по 1 случаю в 2018 и 2019 годах, в 2020 году — 6 случаев (увеличилось в 6 раз);

в срок свыше месяца: за последние 3 года случаев не было.

Сроки проведения экспертиз и исследований трупов:

в срок до 14 дней: 2018 год – 88 (55,3%), 2019 год – 49 (30,8%), 2020 год — 173 (97,7%);

в срок от 15 дней до месяца: 2018 год – 71 (44,7%), 2019 год – 103 (64,8%), 2020 год — 1 (-68,6%);

свыше 1 месяца: за последние 3 года случаев не было.

Неоконченных актов исследований трупов в 2018 году – 0, в 2019 году — 7, в 2020 году — 4.

Отсутствие исследований трупов, законченных в срок более 30 дней, объясняется быстрой доставкой материала в лаборатории учреждения.

Взаимодействие с правоохранительными органами

Таблица 18

Вид деятельности	12 месяцев			темп прироста (убыли) %
	2018г.	2019г.	2020г.	
Общее число консультаций работникам правоохранительных органов	239	582	442	85%
По живым лицам	158	448	323	104%
По трупам	81	134	119	46,9%
Общее число участий в следственных экспериментах	16	5	10	-62,5
По живым лицам	5	3	5	Без изменений
По трупам	11	2	5	-45,4%
Общее число участий в судебных заседаниях	19	6	10	-52,6%
По живым лицам	11	3	6	-54,5%
По трупам	8	3	4	-50%

За отчетный период сотрудники отделения участвовали в следственных экспериментах в общей сложности 31 раз: в 2018 году — 16, в 2019 году — 5, в 2020 году — 10. Общее

число участий экспертов в судебных заседаниях в 2018 году – 19, в 2019 году 6, а в 2020 году 10. Количество консультаций по годам: 2018 год – 239, 2019 год – 582, 2020 год - 442.

Участие в клинико-анатомических конференциях

За отчетный период врачи — судебно-медицинские эксперты филиала «Отделение в городе Лангепасе» участвовали в клинико-анатомических конференциях совместно с сотрудниками БУ «Лангепасская городская больница». В 2018 году по четырем темам: в 1-м квартале - «ВИЧ-инфекция. Сложность диагностики»; во 2-м квартале - «Черепно-мозговая травма. Дефекты в постановке диагноза»; в 3-м квартале - «Перинатальная и антенатальная смертность. Недостаточность оказания медицинской помощи»; в 4-м квартале - «Разбор случаев расхождения диагнозов. Подведение итогов года». В 2019 году: в 1-м квартале - «Черепно-мозговая травма. Дефекты в постановке диагноза»; во 2-м квартале - «Пневмонии. Осложнения. Трудности в диагностике»; в 3-м квартале - «Синдром внезапной смерти ребенка. Аспирация. Асфиксия»; в 4-м квартале - «Острое нарушение мозгового кровообращения. Типы. Выявление побочных эффектов медикаментозной и интенсивной терапии». В 2020 году: в 1-м квартале - «Дефекты оформления медицинской документации, оформление диагноза»; во 2-м квартале - «Диагностика скоропостижной смерти взрослых и детей»; в 3-м квартале - «Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями других бактериальных инфекций. Флебит. Хроническая опиодная наркомания»; в 4-м квартале - «Диагностика черепно-мозговой травмы. Идентификация травматических внутричерепных кровоизлияний».

Выводы. На основании вышеизложенного следует, что

филиал «Отделение в городе Лангепасе» соответствует современному уровню судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации, отделение выполняет значительный объем работы по всем объектам исследований. Сроки исполнения экспертиз и исследований соблюдаются в полном объеме.

При анализе структуры смертности установлено, что преобладает ненасильственная смерть. Наиболее частые ее причины заболевания сердечно-сосудистой системы и онкологические заболевания. В структуре насильственной смерти преобладает механическая травма.

Работа отделения оказывает реальную помощь, как правоохранительным органам, так и органам здравоохранения.

Литература.

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты-Мансийск 2018, 171 с.;

2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др.. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛА ОСОБО СЛОЖНЫХ ЭКСПЕРТИЗ В ГОРОДЕ СУРГУТЕ КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА ПЕРИОД 2018-2020 ГГ.

Д.В. Быкова, Р.В. Скребов, П.В. Мисников, Д.Е. Кузьмичев,

Научно-организационный совет
КУ «Бюро судебно-медицинский экспертизы»
(начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов)
гг. Сургут, Ханты-Мансийск, Мегион

Комиссионные и комплексные судебно-медицинские экспертизы – это особый вид экспертиз, которые проводятся для ответа на вопросы в наиболее сложных или спорных случаях. Основными объектами исследования при производстве таких экспертиз являются материалы уголовных и гражданских дел, материалы предварительного расследования или материалы проверки, а также материалы дел по административным правонарушениям.

Вопросы, решаемые при производстве комиссионных и комплексных экспертиз:

- установление механизма и давности образования телесных повреждений в наиболее сложных случаях в отношении живых лиц и трупов,
- повторные экспертизы по установлению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека,
- оценка состояния здоровья и качества оказания медицинской помощи (так называемые «врачебные дела»),

- установление стойкой утраты общей и профессиональной трудоспособности,

- освидетельствование при решении спорных половых состояний и половых преступлений,

- уточнение причины и давности наступления смерти в спорных случаях,

- изначально особо сложные экспертизы трупов, живых лиц, вещественных доказательств,

- повторные экспертизы в отношении трупов (например, при их эксгумации),

- случаи, связанные с установлением возраста,

- определение соответствия полученных гражданином повреждений размерам страховых выплат, исходя из Правил добровольного страхования от несчастных случаев.

Сведения об отделе

Отдел особо сложных экспертиз в городе Сургуте с 2017 года занимает отдельное крыло одноэтажного здания, состоящее из 3-х рабочих кабинетов: кабинет заведующего - 1, кабинет врачей - судебно-медицинских экспертов - 1, регистратура - 1.

Сведения о медицинских кадрах отдела

Таблица 1

№ п/п	Должность	2018 год	2019 год	2020 год
ВРАЧИ (физические лица)				
1	Заведующий отделом	1	1	1
2	Врач-судмедэксперт	1	3	1
3	Врачи клинических специальностей	14	13	11
СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ				
4	Фельдшер-лаборант	2	1	1
5	Медицинский регистратор	1	2	2
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЗАНЯТЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ				
Итого:		**19**	**20**	**15**

Анализ работы отдела

Всего за 2018-2020 года в отделе было выполнено 645 экспертиз, включавших в себя как комиссионные, так и комплексные экспертизы. Из них 230 экспертиз было проведено в 2018 году, 222 экспертизы в 2019 году и 193 экспертизы в 2020 году. Общий темп убыли количества экспертиз за анализируемый период составил -16%.

Первичные экспертизы традиционно составляют основную массу работы отдела – 81,5% случаев, их количество за отчетный период несколько снизилось (темп убыли составил -8,1%), зато увеличилось количество повторных экспертиз с темпом прироста 16,6% (табл. 2, рис. 1).

Сравнительный анализ количества выполненных экспертиз за 2018–2020 гг.

Таблица 2

№ п/п	Наименование экспертизы	2018 года	2019 года	2020 года	Темп прироста/ убыли
1	Первичные (комиссионные + комплексные)	185	171	170	- 8,1%

2	Дополнительные	33	29	9	-72%
3	Повторные	12	22	14	16,6%
ВСЕГО:		**230**	**222**	**193**	**- 16%**

Дополнительные комиссионные экспертизы, количество которых значительно снизилось за рассматриваемый период (на 72%), служат для уточнения каких-либо деталей и нюансов ранее изученных материалов дела, либо назначаются судебно-следственными органами при вновь возникших обстоятельствах и новых материалах дела.

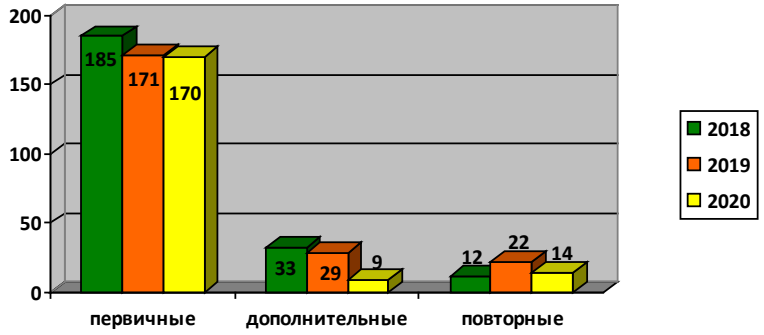


Рис. 1. Сравнительный анализ количества выполненных экспертиз за 2018-2020 гг.

Традиционно основными заказчиками комиссионных экспертиз в отделе особо сложных экспертиз в городе Сургуте являются судебно-следственные органы Центральной зоны Ханты-Мансийского автономного округа (табл. 3). По их постановлениям и определениям за три прошедших года в отделе было произведено 71,94% экспертиз. На втором месте – Восточная зона (14,42% экспертиз), на третьем

месте – Западная зона округа (8,38% экспертиз).

На другие территории Российской Федерации ежегодно приходится до 6% экспертиз, что в среднем составляет 1-2 экспертизы в квартал.

Количественная характеристика учреждений, назначивших экспертизы в 2018-2020 гг.

Таблица 3

Заказчик	**2018**	**2019**	**2020**	Темп прироста/ убыли
Следственный комитет	111	110	91	- 18%
суд	18	26	5	- 72%
МВД	101	86	97	- 4%

Таблица 3 (продолжение)

Заказчик	**Следственный комитет**			**суд**			**МВД**			**ИТОГО**
	2018	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	

Югра	г. Сургут	60	48	50	11	7	1	65	58	64	364
	г. Нижневартовск	3	2	1	4	9	2	5	10	5	41
	г. Нефтеюганск	11	9	10	1	3	1	12	3	6	56
	г. Лангепас	9	10	-	-	1	-	6	1	4	31
	г. Ханты-Мансийск	6	17	7	-	-	-	1	1	2	34
	г. Когалым	7	4	3	-	-	-	1	4	4	23
	г. Пыть-Ях	4	4	1	-	-	-	2	6	1	18
	г. Мегион	-	-	-	1	3	-	5	2	3	14
	г. Урай	1	1	2	-	3	-	1	-	-	8
	г. Березовский	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
	г. Радужный	-	-	2	-	-	-	1	1	3	7
	г. Югорск	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	г. Советский	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2
	г. Октябрьский	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
	г. Нягань	-	-	4	-	-	-	-	-	-	4
	г. Белоярский	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
	пгт. Игрим	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
	г. Лянтор	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3
Другие регионы России	Алтайский край	6	8	-	-	-	-	-	-	-	14
	ЯНАО	1	-	3	-	-	-	-	-	-	4
	Тюменская область	1	2	1	-	-	-	-	-	-	4
	Саратовская область	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
	Мурманская область	-	2	2	-	-	-	-	-	-	4
	Респ. Татарстан	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	г. Москва	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	г. Оренбург	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	г. Челябинск	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	Свердлов. область	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	г. Смоленск	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
Общее количество:		**111**	**110**	**91**	**18**	**26**	**5**	**101**	**86**	**97**	**645**

Изменилось количество обращений со стороны разных ведомств правоохранительных органов. В прошлые года было больше обращений в отдел со стороны

Следственного комитета (далее СК), а в 2020 году было примерно одинаковое количество обращений от СК и от представителей Министерства внутренних дел (далее МВД) Ханты-Мансийского автономного округа (рис. 2).

Суды назначают комиссионные экспертизы в небольшом количестве, но регулярно, обычно в случаях, когда для суда требуется решение новых и более сложных вопросов.

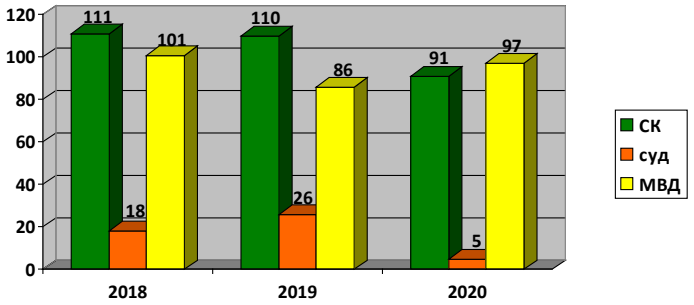


Рис. 2. Сравнительный анализ учреждений, назначивших экспертизы в 2018-2020 гг.

Наиболее актуальными вопросами при производстве комиссионных экспертиз за 2018-2020 годы являлись (табл. 4):

- установление механизма образования телесных повреждений и уточнение обстоятельств произошедшего (39% от общего числа экспертиз в 2018 году, 39,38% от общего числа экспертиз в 2020 году);
- оценка состояния здоровья и качества оказания медицинской помощи (32% от общего числа экспертиз в 2018 году, 23,32% от общего числа экспертиз в 2020 году);
- оценка тяжести вреда, причиненного здоровью

человека (16% от общего числа экспертиз в 2018 году, 14,5% от общего числа экспертиз в 2020 году).

Вопросы по причине и давности наступления смерти при назначении комиссионных экспертиз носят, как правило, второстепенный характер.

Экспертизы по определению различных половых состояний и связанных с этим противоправных действий редко носят комиссионный характер, поэтому отмечается их плавное снижение в отчетном периоде.

Целью экспертиз, подпадающих в раздел «Прочие», количество которых за рассматриваемый период увеличилось в 1,5 раза (6% от общего числа проведенных экспертиз в 2018 году, 14,5% от общего числа в 2020 году), является: комиссионное установление нестандартных причинно-следственных связей, определение страховых выплат, оценка объектов криминалистического исследования, оценка косметических последствий по результатам очного освидетельствования, установление нуждаемости в каком-либо виде лечения, в постороннем уходе, оценка влияния алкоголя на совершение человеком активных действий, оценка степени опасности для жизни и здоровья потребителей спиртосодержащих жидкостей и т.д.

Количественная характеристика по видам экспертиз за 2018–2020 гг.

Таблица 4

ВИД экспертизы	Количество экспертиз			Темп прироста/ убыли
	2018 год	2019 год	2020 год	
Установление причины смерти	9 (4%)	8 (3,61%)	11 (5,7%)	22%
Установление давности смерти	-	-	2 (1,04%)	Увеличение на 2 случая
Установление механизма травмы погибших	88 (39%)	70 (31,54%)	76 (39,38%)	- 13,6%
Оценка тяжести вреда здоровью у живых лиц	38 (16%)	27 (12,17%)	28 (14,5%)	- 26,3%
Определение трудоспособности	-	1 (0,45%)	-	Без изменений
Определение состояния здоровья	78 (32%)	82 (36,93%)	45 (23,32%)	- 42,3%
Определение половых состояний	5 (3%)	2 (0,90%)	3 (1,56%)	- 40%
Прочие	12 (6%)	32 (14,4%)	28 (14,5%)	Увеличение в 2,5 раза
ИТОГО:	**230**	**222**	**193**	**- 16%**

К производству комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз в отделе регулярно привлекаются врачи различных клинических специальностей, что составило 54% от общего числа проведенных экспертиз за три года (табл. 5). Остальная часть экспертиз соответствует исключительно судебно-медицинскому профилю, где участие врачей-клиницистов не требуется.

Из таблицы 5 видно, что ежегодно наиболее актуальными медицинскими специальностями в нашем отделе являются терапия, неврология, хирургия, педиатрия, анестезиология и реаниматология.

Кроме того, при производстве комиссионных экспертиз зачастую необходимо изучение рентгенограмм и компьютерных томограмм, что требует привлечения врача-рентгенолога.

Распределение экспертиз по медицинскому профилю за 2018–2020 гг.

Таблица 5

Медицинский профиль	Количество экспертиз с привлечением врачей-консультантов			
	2018 года	2019 года	2020 года	Кол-во
Неврология	23	21	3	47
Рентгенология	26	15	18	59
Терапия	20	23	7	50
Хирургия	15	9	10	34
Педиатрия	5	10	6	21
Взрослая реаниматология	8	12	1	21
Акушерство-гинекология	7	8	4	19
Инфекционные болезни	8	2	2	12
ЛОР-патология	3	13	4	20
Детская реаниматология и неонатология	5	5	6	16
Стоматология	1	12	-	13
Онкология	3	4	2	9
Пластическая хирургия и косметология	5	4	2	11
Фтизиатрия	-	3	-	3
Скорая медицинская помощь	3	-	3	6
Эндокринология детская	1	1	-	2
Нейрохирургия	1	-	-	1
Урология	1	-	-	1
Гематология	1	-	-	1
ИТОГО:	**136**	**142**	**68**	**346**

В целом, сравнивая динамику отчетного периода, можно отметить снижение числа привлекаемых врачей-специалистов в отделе за 2020 год, что связано с вынужденным отказом в производстве экспертиз в связи с неполной укомплектованностью врачами клинического профиля.

Распределение экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи за 2018–2020 гг.

Таблица 6

Дефектов не обнаружено			Дефекты способствовали неблагоприятным последствиям			Прямая причинно-следственная связь			**ИТОГО**
2018 г.	**2019 г.**	**2020 г.**	**2018 г.**	**2019 г.**	**2020 г.**	**2018 г.**	**2019 г.**	**2020 г.**	
39	39	47	19	7	2	12	7	1	173 (100%)
125 (72%)			28 (16%)			20 (12%)			

Из таблицы 6 следует, что в 16% случаев от общего числа проведенных экспертиз по оценке качества медицинской помощи за 2018-2020 гг., связанных с судебной оценкой качества оказания медицинской помощи, комиссия врачей-экспертов разных медицинских специальностей указывает на наличие дефектов, ошибок и недочетов.

В 12% экспертиз по «врачебным делам» экспертная комиссия выявила грубые дефекты в работе медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений,

свидетельствующие о наличии прямой причинно-следственной связи с наступившими неблагоприятными последствиями для пациента.

Что касается сроков производства комиссионных экспертиз, то за весь отчетный период 2018-2020 гг. сроки были соблюдены в 100% случаев, причем 89,6% из всех экспертиз проведены в срок до 1-го месяца (табл. 7-8).

Динамика изменения сроков выполнения экспертиз в 2018-2020 гг.

Таблица 7

Сроки проведения экспертиз (исследований)	Год						Темп прироста/ убыли
	2018	Удельный вес %	**2019**	Удельный вес %	**2020**	Удельный вес %	
до 30 дней	223	96,96	194	87,39	161	83,42	- 27,81%
свыше 30 дней	7	3,05	28	12,62	32	16,58	Увеличение в 4,5 раза
свыше 3-х месяцев	-	-	-	-	-	-	-

Распределение экспертиз в 2018-2020 гг. по срокам выполнения в неделях

Таблица 8

Сроки проведения												Всего
до 14 дней			от 15 до 30 дней			свыше 30 дней			свыше 3-х месяцев			
2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	
141	107	84	82	87	77	7	28	32	-	-	-	645
51,5% случаев			38,15% случаев			10,4% случаев			-			100%
89,6% случаев						10,4% случаев						100%

Кроме того, эксперты отдела особо сложных экспертиз регулярно консультируют представителей судебно-следственных органов по вопросам проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз, принимают участие в судебных заседаниях в качестве экспертов с целью разъяснения и уточнения выводов в рамках проведенных экспертиз.

Выводы:

1. Деятельность отдела особо сложных экспертиз в городе Сургуте КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» является востребованной и направлена на решение вопросов по наиболее спорным и сложным судебно-медицинским случаям, а также на оценку качества оказанной медицинской помощи совместно с врачами различных клинических специальностей.

2. За анализируемый период (2018-2020 гг.) почти 90% экспертиз проведены в срок до 1-го месяца, при этом экспертиз, проведенных в срок свыше 3-х месяцев, не было.

3. Основная часть комиссионных экспертиз, проведенных в нашем отделе, была назначена судебно-следственными органами Ханты-Мансийского автономного округа-Югры.

На экспертизы из других регионов Российской Федерации в среднем пришлось по 1-2 экспертизы в квартал.

Литература.

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты-Мансийск 2018, 171 с.;

2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др.. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЛИАЛА «ОТДЕЛЕНИЕ В Г. РАДУЖНЫЙ» ВОСТОЧНОГО ЗОНАЛЬНОГО ОТДЕЛА КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА ПЕРИОД 2018, 2019, 2020 ГОДОВ

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, С.В. Маркин, П.В. Мисников
Научно-организационный совет
КУ «Бюро судебно-медицинский экспертизы»
(начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов)
гг. Мегион, Ханты-Мансийск, Радужный

«…Статистика – это наука,
она не терпит приблизительности…»
Цитата из фильма «Служебный роман»

Филиал «Отделение в городе Радужном» казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа «Бюро судебно-медицинской экспертизы» занимает 2-х этажное здание (на первом этаже располагаются секционные, на 2-м этаже складские помещения). Амбулатория для приёма потерпевших, подозреваемых и прочих лиц размещены рядом стоящем одноэтажном здании, арендуемом у БУ «РГБ» г. Радужный. Обслуживает г. Радужный, п.г.т. Новоаганск, п. Варьёган и близ расположенные нефтяные промыслы. Численность населения г. Радужного составляет около 48700

человек; п. Новоаганск - около 10040 человек; поселка Варьеган около 650 человек; численность временно проживающих и работающих на нефтяных месторождениях на прилегающей территории Нижневартовского района более 6000 человек.

Сведения о медицинских кадрах филиала

Таблица 1

Показатель	На конец отчётного года								
	Число штатных должностей			Число занятых должностей			Число физических лиц		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Всего									
из них: врачи - судмедэксперты (в том числе заведующие подразделением)	3	3	3	2	2	2	2	2	2
средний медицинский персонал (без учета медрегистраторов)	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Укомплектованность медицинских кадров

Таблица 2

	Укомплектованность штатными должностями (%)			Укомплектованность физическими лицами (%)		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
из них: врачи - судмедэксперты (в том числе заведующие подразделением)	75	75	75	75	75	75
средний медицинский персонал (без учета медрегистраторов)	100	100	100	100	100	100

Учёба персонала (аттестация кадров)

Таблица 3

Показатель	Врачебный персонал			Средний персонал		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Всего	2	2	2	3	3	3
Имеют категорию	2	2	2	3	3	3
в % от общего числа	100	100	100	100	100	100
высшая категория	2	2	2	3	3	3

в % от общего числа, имеющих категорию	100	100	100	100	100	100
I категория	0	0	0	0	0	0
в % от общего числа, имеющих категорию	0	0	0	0	0	0
II категория	0	0	0	0	0	0
в % от общего числа, имеющих категорию	0	0	0	0	0	0

Количество вскрытий в филиале «Отделение в городе Радужном» в 2020 году составило 145 случаев. В сравнении с 2018 годом (134 случаев) количество вскрытий увеличилось не существенно, на 11 вскрытий. Темп общего прироста (%) - 8,2%. Темп убыли по насильственной смерти (%) -24,1%. Темп прироста по ненасильственной смерти (%) - 23,4%.

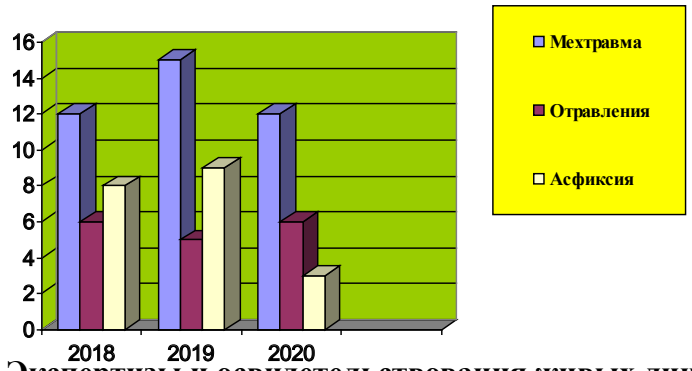
В структуре причин насильственной смерти по отделению в 2020 году (диаграмма 1):

- На 1-м месте – механическая травма – в 2020г. было 12 случаев (54,5% от насильственной смерти и 8,2% от общего количества); в 2019г. - 15 случая с механической травмой (51,7% от насильственной смерти и 10,7% от общего количества); в 2018г. - 12 случаев (41,3% от насильственной смерти и 8,9% от общего количества).

- На 2-м месте – отравления - в 2020г. было 6 случаев (27,2% от насильственной смерти и 4,1% от общего количества); 2019г. - 8 случаев (27,5% от насильственной смерти и 5,7% от общего количества); 2018г. – 7 случаев (27,5% от насильственной смерти и 5,2% от общего количества).

- На 3-м месте – механическая асфиксия – в 2020г. - 3 случая (13,6% от насильственной смерти и 2% от общего количества); в 2019г. - 9 случаев (31% от насильственной смерти и 6,4% от общего количества); в 2018г. - 8 случаев (27,5% от насильственной смерти и 5,9% от общего количества).

Диаграмма 1

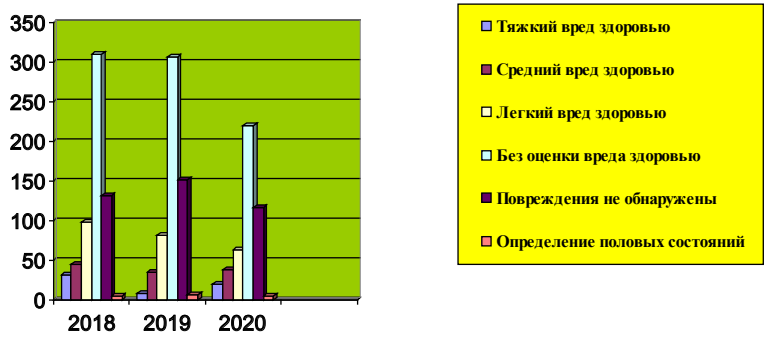


Экспертизы и освидетельствования живых лиц

Таблица 4

Виды экспертизы	**2018**	**2019**	**2020**	**Всего**	**%Темпы прироста/ убыли**
Определение степени причиненного вреда здоровью	484	430	342	1256	-29,3
Тяжкий вред здоровью	31	8	20	59	-35,4
Средний тяжести вред здоровью	45	34	38	117	-15,5
Легкий вред здоровью	98	81	63	242	-35,7
Без вреда здоровью	310	307	221	838	-28,7
Повреждений не обнаружено	132	152	116	400	-12,1
Определение половых состояний	5	6	5	16	нет прироста/убыли
Определение рубцов	0	0	0	0	нет прироста/убыли
Итого:	**621**	**588**	**463**	**1672**	**-25,4**

Диаграмма 2



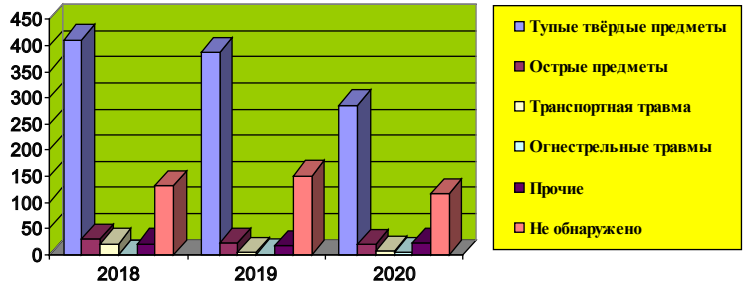
Данные о механизме причинения вреда здоровью за 2018-2020 год

Таблица 5

Происхождение телесных повреждений	2018г	2019г	2020г	%Темпы прироста/ убыли
Тупые предметы	411	385	286	-30,4
Острые предметы	31	22	20	-35,4
Огнестрельные травмы	0	1	5	нет прироста/убыли
Автомобильные травмы	21	5	8	-61,9
Прочие	21	17	23	9,5
Итого	484	430	342	-29,3

Распределение телесных повреждений по механизму в 2018-2020 гг.

Диаграмма 3



•1-е место – травма тупыми твёрдыми предметами – в 2020 году было 286 случая (83,6% от всех случаев обнаружения телесных повреждений); в 2019 году – 385 случаев (89,5% от всех случаев обнаружения телесных повреждений); в 2018 году – 411 случаев (84,9% от всех случаев обнаружения телесных повреждений).

•2-е место – травма острыми предметами и прочая травма; травма острыми предметами – в 2020 году было – 20 случаев (5,8% от всех случаев обнаружения телесных повреждений); в 2019 году – 22 случая (5,1% от всех случаев обнаружения телесных повреждений); в 2018 году – 31 случай (6,4% от всех случаев обнаружения телесных повреждений); прочая травма – в 2020 году было – 23 случая (6,7% от всех случаев обнаружения телесных повреждений); в 2019 году – 17 случаев (3,9% от всех случаев обнаружения телесных повреждений); в 2018 году – 21 случай (4,3% от всех случаев обнаружения телесных повреждений).

•3-е место – транспортная травма – в 2020 году было – 8 случаев (2,3% от всех случаев обнаружения телесных повреждений); в 2019 году – 5 случая (1,1% от всех случаев обнаружения телесных повреждений); в 2018 году – 21 случай (4,3% от

всех случаев обнаружения телесных повреждений)

Объёмы и качественные показатели работы за отчётный период (по трупам и живым, в сравнении за 2018-2020гг, в т.ч. распределение нагрузки на ставку и физические лица на каждого эксперта, объединённая нагрузка и пр.)

Таблица 6

	Показатель	2018г	2019г	2020г
1.	Штатные врачебные ставки:	3	3	3
	Из них занято	2	2	2
2.	физические лица	2	2	2
3.	Всего исполненных в филиале экспертиз			
	а) трупы	3	29	28
	б) живые	572	552	454
4.	Всего исследований по филиалу			
	а) трупы	131	111	117
	б) живые	49	36	9
5.	Среднегодовая нагрузка по филиалу на 1-го врача			
	а) трупы	69,6	69,5	70
	б) живые	362,1	331	278
6.	Среднедневная нагрузка по филиалу на 1-го врача			
	а) трупы	0,36	0,38	0,56
	б) живые	1,7	1,8	2,2
7.	Средняя дневная нагрузка на 1 эксперта			
	а) трупы	0,18	0,56	0,1
	б) живые лица	0,85	2,7	1,1

Объём экспертной нагрузки на каждого эксперта за 2018-2020гг.

Таблица 7

№	Врач судебно-медицинский эксперт	Объёмы и качественные показатели работы					
		2018 год		2019 год		2020 год	
		трупы	живые лица	трупы	живые лица	трупы	живые лица
1	Заведующий отделением врач судебно-медицинский эксперт	54 (40,2%)	238 (38,3%)	70 (50%)	254 (43,2%)	78 (53,8%)	209 (45,2%)
2	Врач судебно-медицинский эксперт	80 (59,7%)	383 (61,6%)	70 (50%)	334 (57%)	67 (46,2%)	254 (54,8%)
	Итого по филиалу	134	621	140	588	145	463

Структура смертельных отравлений
(в % к насильственной смерти)

Таблица 8

Виды отравлений	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста/ убыли (%)
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Этанол	5	17,2	4	13,7	1	16,7	-80,0
Органические растворители и технические жидкости	1	3,4	0	0	1	4.5	нет прироста/убыли
Лекарственные вещества	0	0	0	0	1	4,5	нет прироста/убыли
Наркотические вещества	0	0	0	0	2	33,3	нет прироста/убыли
Угарный газ	0	0	1	20	1	9	нет прироста/убыли
ИТОГО	**6**	**20,6**	**5**	**17,2**	**6**	**27,2**	нет прироста/убыли

В структуре причин смерти, наступившей от насильственной смерти по филиалу «Отделение в городе Радужном» всего за 2018-2020 гг. – 17 случаев, из них:

- 1-е место – отравления этанолом – 11 случаев (13,9% в структуре насильственной смерти);
- 2-е место - разделили отравления наркотическими веществами, отравления органическими растворителями и тех. жидкостями и отравления окисью углерода (угарным газом) - по 2 случая (по 2,5% в структуре насильственной смерти).
- 3-е место - отравления лекарственными веществами - 1 случай (1,2% в структуре насильственной смерти).

В 2020 году зарегистрировано 2 случая отравления наркотическими веществами.

Структура механической травмы
(в % к насильственной смерти)

Таблица 9

Механическая травма	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Транспортная травма	0	0	3	10,3	0	0	нет прироста/убыли
Падения с высоты	2	6,8	3	10,3	1	4,5	-50
Огнестрельная травма	0	0	2	13,3	3	13,6	50
Тупыми предметами	8	27,5	5	17,2	6	27,2	50
Острыми орудиями	2	6,8	1	3,4	1	4,5	-50
Прочие	0	0	1	3,4	1	4,5	нет прироста/убыли
ИТОГО	**12**	**41,3**	**15**	**51,7**	**12**	**54,5**	нет прироста/ убыли

В структуре механической травмы в 2020 году:

- 1-е место – травма тупыми предметами – в 2020 году было 6 случаев (50% от всей механической травмы и 20,6% от всей насильственной смерти); в 2019 году - 5 случаев (33,3% от всей механической травмы и 17,2% от всей насильственной смерти); в 2018 году - 8 случаев (66,6% от всей механической травмы и 27,5% от всей насильственной смерти).
- 2-е место – падения с высоты – в 2020 году - 1 случай

(4,5% от всей механической травмы и 3,4% от всей насильственной смерти); в 2019 году - 3 случая падения с высоты (20% всей механической травмы и 10,3% от всей насильственной смерти); в 2018 году - 2 случая (16,6% от всей механической травмы и 6,9% от всей насильственной смерти);

- 3-е место - огнестрельная травма - в 2020 году было 3 случая (25% от всей механической травмы и 13,6% от всей насильственной смерти); в 2019 году - 2 случая (16,6% от всей механической травмы и 9% от всей насильственной смерти). В 2018 году случаев огнестрельной травмы со смертельным исходом не было.
-

Структура механической асфиксии (в % к насильственной смерти)

Таблица 10

Механическая асфиксия	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста/ убыли %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Повешение	6	20,6	8	27,5	2	9	-66,6
Утопление	2	6,8	0	0	0	0	нет прироста/убыли
Прочие	0	0	1	3,4	1	4,5	нет прироста/убыли
ИТОГО	8	27,5	9	31	3	13,6	-62.5

В структуре механической асфиксии в 2020 году:

- 1-е место – повешение – в 2020 году было 2 случая (9% от всех случаев насильственной смерти); в 2019 году – 8 случаев (27,5% от всех случаев насильственной смерти); в 2018 году - 6 случаев (20,6% от всех случаев насильственной смерти).
- 2-е место - прочие асфиксии – в 2020 году был

1 случай (4,5% от всех случаев насильственной смерти); в 2019 году был 1 случай (3,4% от всех случаев насильственной смерти); в 2018 году - случаев прочих асфиксий не было.

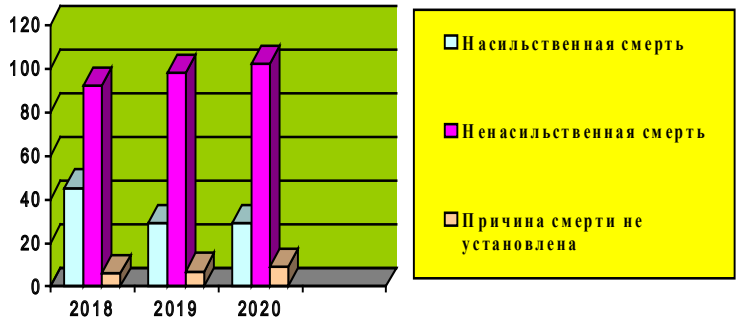
- 3-е место – утопления – в 2018 году - 2 случая (6,8% от всех случаев насильственной смерти).

Динамика изменений насильственных и ненасильственных причин смертности в структуре экспертиз и исследований трупов

Таблица 11

Показатели	2018 год	2019 год	2020 год	Темп прироста/убыли (%)
Насильственная смерть	29 (21,6%)	29 (20,7%)	22 (15,1%)	-24 убыль
Ненасильственная смерть	98 (73,1%)	102 (72,8%)	121 (83,4%)	23,4 прирост
Причина смерти не установлена	7 (5,2%)	9 (6,4%)	2 (1,3%)	-71,4% убыль
Итого:	**134**	**140**	**145**	**%**

Диаграмма №4



Общее количество случаев умерших ненасильственной смертью в 2020 году по данным филиала «Отделение в городе Радужном», по сравнению с 2019 годом увеличилось на 19 случаев, в сравнении с 2018 годом увеличилось на 23 случаев. Темп прироста 23,4%.

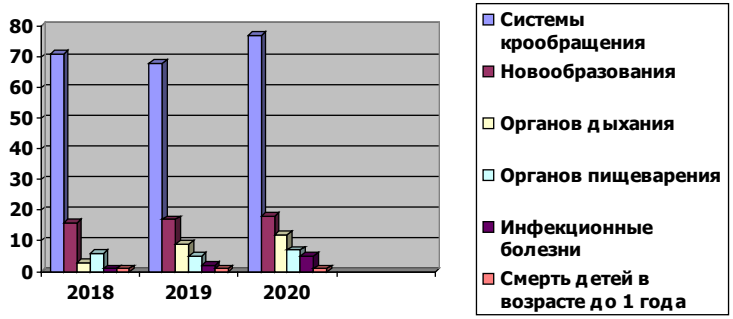
Динамика изменений ненасильственных причин смертности в структуре исследований трупов за 2018 - 2020 гг.

Таблица 12

Причина смерти	**2018 год**	**2019 год**	**2020 год**	**Темп прироста/убыли (%)**
Болезни, из них:	98	102	120	22,4% прирост
Системы кровообращения	71 (72,5%)	68 (98%)	77 (63,6%)	8,4% прирост
Новообразования	16 (16,3%)	17 (16,6%)	18 (14,8%)	12,5% прирост
Органов дыхания	3 (3,1%)	9 (8,8%)	12 (9,9%)	300% прирост

Органов пищеварения	6 (6,1%)	5 (4,9%)	7 (5,7%)	16,6% прирост
Инфекционные болезни	1 (1%)	2 (2%)	5 (4,1%)	400% прирост
Смерть детей в возрасте до 1 года	1 (1%)	1 (0,9%)	1 (0,8%)	нет прироста/ убыли

Диаграмма №5



В структуре причин смертности от заболеваний:

1-е место - случаи смерти от заболеваний органов кровообращения –в 2020 году 77 случаев (….% от всех случаев ненасильственной смерти и …..% от общего количества); в 2019 году – 68 случай (66,7% от всей ненасильственной смерти и 48,6% от общего количества смертей); в 2018 году - 71 случаев (72,4% от всех случаев ненасильственной смерти и 53% от общего количества смертей);

2-е место - случаи смерти от новообразований – в 2020 году 18 случаев (…..% от всех случаев ненасильственной смерти и …..% от общего количества смертей); в 2019 году – 17 случаев (16,6% от всех случаев ненасильственной смерти и 12,1% от общего количества смертей); в 2018 году - 16

случаев (16,3% от всех случаев ненасильственной смерти и 12% от общего количества смертей).

3-е место - случаи смерти от заболеваний органов дыхания – в 2020 году 12 случаев (….% от всех случаев ненасильственной смерти и ……% от общего количества смертей); в 2019 году 9 случаев (8,8% от всех случаев ненасильственной смерти и 6,4% от общего числа); в 2018 году 3 случая (3,1% от всех случаев ненасильственной смерти и 2,2% от общего числа).

Сроки проведения экспертиз и исследований по Филиалу «Отделение в городе Радужный» за 2018-2020 год (в абсолютных цифрах и в %)

Таблица 13

	Сроки									Всего		
	до 14 дней			15-30 дней			Свыше месяца					
	2018г	2019г	2020г	2018г	2019г	2020г	2018г	2019г	2020	2018г	2019г	2020г
Экспертизы живых лиц	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	621	588	463
Экспертизы трупов	30,5%	…%	….%	37,1%	…%	….%	0%	0%	0%	134	140	145

Свыше 1 месяца в 2020г. - 0 (0%); 2019г – 0 (0%); 2018г. – 0 (0%).

Взаимодействие с ЛПУ и правоохранительными органами

Общее число консультации работникам правоохранительных органов составило в 2020г – 298ж + 139т., 2019г – 375ж + 126т., 2018г - 292ж + 126т.

Общее число участий судебно-медицинских экспертов в следственных экспериментах составило в 2020г – 0ж + 0т., 2019г – 0ж + 0т., 2018г. – 0ж +0т.

В судебных заседаниях в 2020г- 2ж. + 0т., 2019г – 2ж + 0т., 2018г – 1ж + 1т.

Число выездов экспертов на места происшествий составило в 2020г – 28 2019г – 35 2018г. –17

Принято участие в работе 3-х лечебно-контрольных комиссий (ЛКК), разобрано 3 случая.

Сравнительный анализ по количеству выездов экспертов на место происшествий, участий в следственных экспериментах и количеству участий в судебных заседаний, по филиалу «Отделение в городе Радужном» за 2018-2020 год

Таблица 14

Форма	Показатели	2018	в %	2019	в %	2020	в %
3220	Число трупов осмотренных на месте их обнаружения (в % к насильст. смерти)	17	….%	35	…..%	28	
3240	Общее число участий в следственных экспериментах (всего, трупы и живые лица)	0	-	0	-	0	
3250	Общее число участий в судебных заседаниях (трупы) (в % к насильст. смерти)	1	…..%	0	…..%	0	

3230	Общее число консультации работникам правоохранительных органов (трупы) обнаружения (в % к обще смертности)	126	…..%	126	….%	139	
3110	Общее число консультации работникам правоохранительных органов (живые лица)	292	….%	375	…..%	298	
	Общее число участий в судебных заседаниях (живые)	1	-	2	….%	2	

Выводы.

1. Работа в филиале «Отделение в городе Радужном» казенного учреждения Ханты-Мансийского АО - Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» ведётся на достаточно высоком профессиональном уровне. Сроки проведения исследований и экспертиз трупов в 2019 году составили менее месяца. Сроки проведения исследований и экспертиз живых лиц в 2019 году составили менее 14 суток. В периоды очередных отпусков врачей судебно-медицинских экспертов превышения сроков выполнения экспертиз и исследований нет.

2. В связи с расширением спектра лабораторных исследований в Нижневартовском судебно-химическом отделении

в филиале широко используются новые дополнительные лабораторные методы исследований, а именно, судебно-биохимическое исследование на содержание ферментов, глюкозы, гликоген и другие. Такой подход позволяет более объективно и достоверно конкретизировать причину смерти.

3. Под патронажем администрации Учреждения будет продолжена научно-практическая деятельность, направленная на прикладную помощь врачам – судебно-медицинским экспертам.

Литература.

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты-Мансийск 2018, 171 с.;

2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др.. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ФИЛИАЛА «ОТДЕЛЕНИЕ В ГОРОДЕ УРАЕ» КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА 2020 ГОД В СРАВНЕНИИ С 2019 И 2018 ГОДАМИ

А.А. Тисленко, С.Н. Тушминский, Р.В. Скребов, Д.Е. Кузьмичев, П.В. Мисников

КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов) гг. Урай, Ханты-Мансийск

Филиал «Отделение в городе Урае» судебно-медицинской экспертизы является структурным подразделением КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» г. Ханты-Мансийска. Численность населения в зоне обслуживания около 44,5 тыс. человек, кроме того, обслуживает территории соседних поселков Кондинского района: Мулымья, Чантырья, Ушья, Шаим, Назарово, Половинка общей численностью около 5 тыс. человек.

Отделение находится в капитальном 2-х этажном здании по адресу: г. Урай ул. Северная 2А. На первом этаже располагаются следующие помещения: предсекционная, секционный блок на два секционных стола, трупохранилище с холодильными камерами для хранения трупов на 9 ячеек, комната для одевания трупов, архив для медицинских документов, комната дежурных санитаров, гардероб, служебный туалет и туалет для посетителей, душевые, траурный зал. На втором этаже расположены: кабинеты медицинского персонала.

Нагрузка на врачей судебно-медицинских экспертов.

Таблица № 1 Показатели нагрузки по исполнению экспертиз (исследований) на врачей филиала «Отделение в городе Урае» в 2020 году.

врачи	трупы	%	живые лица	%	Не окончены	
					трупы	живые
Тисленко А.А.	117	49,6	315	50,8	11	0
Тушминский С.Н.	119	50,4	305	49,2	4	0

Экспертизы и исследования трупов в филиале «Отделение в городе Урае» за 2018 – 2020 годы.

Таблица № 2 Показатели выполненных экспертиз и исследований трупов.

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
Проведено аутопсий, ВСЕГО	214	204	248	15,89
Насильственная смерть	38	40	41	7,89
Ненасильственная смерть	158	137	181	14,56
Причина смерти не установлена	7	15	11	57,14
Не окончено экспертиз на конец отчетного периода	11	12	15	36,36

Как видно из таблицы 2, в 2020 году наблюдается рост общего количества проведенных аутопсий (на 15,89%), значительный рост приходится на количество умерших ненасильственной смертью (14,56%) и незначительное увеличение количества умерших насильственной

смерти (7,89%). Показатель количества не оконченных исследований трупов не является закономерным, и зависит лишь от количества умерших на предотчетный период (декабрь месяц).

Таблица № 3 Структура насильственной смерти.

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
Насильственная смерть, ВСЕГО	38	40	41	7,89
Механическая травма	12	13	10	-16,67
Механическая асфиксия	14	9	15	7,14
Крайние температуры	3	8	6	Увеличение в 2 раза
Отравления	9	10	10	11,11

Как следует из таблицы 3, в отчетном году наблюдается рост насильственной смерти в основном за счет роста количества умерших от воздействий крайних температур (увеличение в 2 раза), а также незначительный рост показателей смерти от механической асфиксии и различных отравлений.

Показатель смерти от механической травмы снизился за отчетный год на 2 случая (на 16,67%).

Таблица № 4 Показатели механической травмы.

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
Механическая травма, ВСЕГО	12	13	10	-16,67
транспортная	2	2	3	50
падения	2	0	0	Уменьшение в 2 раза
огнестрельная	2	1	2	Без динамики
тупыми предметами	5	7	5	Без динамики
острыми орудиями	1	3	0	-100
электротравма	0	0	0	-

Небольшое снижение механической травмы обусловлено отсутствием в отчетном году количества смертей от падения с высоты и повреждений острыми орудиями; число погибших от огнестрельных повреждений и смертельной травмы, нанесенной твердыми тупыми предметами остается стабильным (без динамики).

В тоже время число дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом увеличилось на один случай (50%).

В 2020 году случаев смерти от электротравмы не было.

Таблица № 5 Показатели механической асфиксии.

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
Механическая асфиксия, ВСЕГО	**14**	**9**	**15**	**7,14**
повешение	**12**	**6**	**11**	**-8,34**
утопление	**2**	**3**	**3**	**Увеличение на 1 случай**
прочие асфиксии	**0**	**0**	**1**	**Увеличение на 1 случай**

Незначительное увеличение погибших в результате механической асфиксии (7,14%), обусловлено увеличением на 1 случай погибших от прочих асфиксий (асфиксия желудочным содержимым) и на увеличение на 1 случай в результате утопления.

В отчетном году по сравнению с 2018 годом летальных случаев в результате повешение снизилось на 1 случай.

Таблица № 6 Показатели воздействия крайних температур.

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
Крайние температуры, ВСЕГО	**3**	**8**	**6**	**Увеличение в 2 раза**
низкая	**1**	**8**	**6**	**Увеличение в 6 раз**
ожоги	**2**	**0**	**0**	**Уменьшение в 2 раза**

В 2020 году число смертей от воздействия крайних температур увеличилось
в 2 раза, в основном за счет воздействия низких температур на организм человека.

Смертельных случаев от воздействия высоких температур в 2020 году зафиксировано не было, но прослеживается тенденция к снижению в 2 раза по отношению к 2018 году.

Таблица № 7 Показатели структуры отравлений.

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
Отравления, ВСЕГО	**9**	**10**	**10**	**11,11**
этанол	**5**	**3**	**6**	**20**
лекарственные вещества	**1**	**0**	**1**	**Без динамики**
органические растворители	**0**	**1**	**0**	**Без динамики**
угарный газ	**2**	**4**	**2**	**Без динамики**
Кислоты и щелочи	**0**	**1**	**0**	**Без динамики**
неустановленные яды	**0**	**1**	**1**	**Увеличение на 1 случай**
психотропные	**1**	**0**	**0**	**Уменьшение на 1 случай**

Общие показатели смерти от отравлений находятся практически на одном и том же уровне за отчетные года, без резких колебаний. Отмечается незначительное увеличение на 1 случай отравлением этанолом и неустановленным ядом; а также снижение на 1 случай отравления психотропными веществами.

Таблица № 8 Показатели ненасильственной смерти.

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
Ненасильственная смерть	158	137	181	14,56
Болезни	148	128	171	15,56
Прочие виды ненасильственной смерти	10	9	10	Без динамики

Наблюдается прирост на 14,56% показателей общего числа ненасильственной смерти за счет болезней. Ненасильственные смерти от болезней, не входящих в отчетный перечень формы № 42, таких как сосудистая деменция, эндокринные заболевания и т.д. находятся на одном уровне, без динамических прыжков.

Повышение количества общего количества ненасильственной смерти на прямую связано с общим увеличением количества смертности в 2020году по отношению к 2018 году (увеличение на 15,89%).

Таблица № 9 Структура ненасильственной смерти.

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
Ненасильственная смерть, ВСЕГО	158	137	181	14,56
Болезни, ВСЕГО	148	128	171	15,54
системы кровообращения	81	80	107	32,09
органов дыхания	4	4	1	Уменьшение на 3 случая
органов пищеварения	12	5	13	8,34
нервной системы	3	11	7	Увеличение на 4 случая
новообразования	47	23	36	-23,4
Инфекционные, в т.ч.:	1	5	7	Увеличение на 6 случаев
ВИЧ	1	0	1	Без динамики
туберкулез	0	0	0	-
прочие инфекции	0	5	6	Увеличение на 6 случаев

Как видно из таблицы №9 отмечается увеличение числа умерших от заболеваний системы кровообращения (32,09%), нервной системы (на 4 случая) и прочих инфекций (на 6 случаев). Также отмечается незначительное увеличение смертности от болезней органов пищеварения (на 8,34%). Но

вместе систем отметим, что увеличение летальных исходов от системы кровообращения связано с увеличением общего количества исследуемых трупов в 2020 году по отношению к 2018 году.

Кроме того отмечается резкое снижение числа умерших от заболеваний органов дыхания и новообразований. Смертность от ВИЧ-инфекции остается на одном уровне, без динамики. Летальных исходов в результате заболевания туберкулезом зарегистрировано не было.

Экспертизы и исследования потерпевших, обвиняемых и других лиц в филиале «Отделение в городе Урае» за 2018 – 2020 годы.

Таблица № 10 Структура тяжести вреда здоровью, установленного при проведении экспертиз и исследований живых лиц за 2018 – 2020 годы.

	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
Оценка вреда здоровью, всего	771	686	615	-20,23
Тяжкий вред	38	41	45	18,42
Средней тяжести вред	160	105	60	-62,50
Легкий вред	148	125	109	-26,35
Без оценки вреда	274	293	284	3,65
Повреждений не обнаружено	151	122	117	-22,52

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЙ (ПРЕСТУПЛЕНИЙ), в том числе:	5	1	2	Уменьшение на 3 случая
у лиц женского пола, из них:	4	1	1	Уменьшение на 3 случая
у несовершеннолетних	0	0	0	-
у лиц мужского пола, из них:	0	0	0	-
у несовершеннолетних	0	0	0	-
Беременности и родов	0	0	0	-
прочие	1	0	1	Без динамики
Всего экспертиз и исследований живых лиц	777	687	617	-20,59

Снижение общего числа исследованных живых лиц в 2020 году (на 20,59%) обусловлено общей тенденцией к снижению травматизма живых лиц. Отмечается рост количества экспертиз с установлением тяжкого вреда здоровью (на 18,42%), а также отмечается незначительный рост числа повреждений, не причинивших вреда здоровью (на 3,65%).

Но вместе с тем, отмечается тенденция к резкому снижению количества экспертиз с установленным вредом здоровья средней степени тяжести (на 62,5%) и легкого

вреда здоровью (на 26,35%).

Производство половых экспертиз в отчетный период также резко снизилось.

Механизм причинения повреждений, обнаруженных при проведении экспертиз и исследований потерпевших, обвиняемых и других лиц в филиале «Отделение в городе Урае» за 2018 – 2020 годы.

Таблица № 11 Распределение травм по механизму их причинения, установленному при проведении экспертиз и исследований живых лиц за 2018 – 2020 годы.

Механизм причинения повреждений	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Темп прироста/ убыли, %
тупыми предметами	498	441	394	-20,88
острыми предметами	41	53	47	14,63
огнестрельные	0	0	0	Без динамики
автомобильные	36	38	18	-50
прочие	45	32	39	-13,33
Не обнаружено	151	122	117	-22,52

Как видно из таблицы 11, первое место в травматизме прочно занимают повреждения, причиняемые твердыми тупыми предметами, однако в отчетном году наблюдается их небольшое снижение (на 20,88%); также наблюдается тенденция к снижению показателя травматизма живых лиц в результате дорожно-транспортных происшествий (на

50%), и показателя, когда повреждения обнаружены не были (22,52%) и прочие повреждения (13,33%). Показатель от травматизма острыми орудиями незначительно увеличился (на 14,63%). Огнестрельные повреждения у живых лиц в отчетных годах зарегистрированы не были.

Безусловно, снижение количества экспертиз в результате воздействия различными предметами по их механизму связано с общим количеством снижения проведенных освидетельствований (экспертиз) живых лиц в 2020 году (на 20,59%).

Сроки производства экспертиз и исследований в филиале «Отделение в городе Урае» за 2018 – 2020 годы.

Таблица № 12 Сроки производства экспертиз и исследований живых лиц за 2018 – 2020 годы.

Сроки проведения экспертиз и исследований	На конец отчетного периода			Темп прироста/ убыли %
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	
До 14 дней	733	621	583	-20,46
15-30 дней	44	66	34	-22,73
Свыше месяца	0	0	0	-
Не окончены на конец отчетного периода	0	0	0	-

Сроки производства судебно-медицинских экспертиз живых лиц соответствуют регламентированными локальными нормативными актами Учреждения.

Отмечается снижение числа освидетельствований (экспертиз) живых лиц в срок до 14 дней (на 20,46%) и в срок 15-30 дней (на 22,73%), но данный субъективен, так как

прослеживается тенденция к снижению общего количества освидетельствований (экспертиз) живых лиц в 2020 году (на 20,59%).

Таблица № 13 Сроки производства экспертиз и исследований трупов за 2018 – 2020 годы.

Сроки проведения экспертиз и исследований	На конец отчетного периода			Темп прироста/ убыли %
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	
До 14 дней	28	1	5	-82,14
15-30 дней	175	191	228	30,28
Свыше месяца	0	0	0	Без динамики
Не окончены на конец отчетного периода	11	12	15	36,36

В 2018-2020 годах срок до 1 месяца в филиале «Отделение в городе Урае» исполнено 100% экспертиз и исследований трупов. Это обусловлено наличием электронного документооборота, постоянным контролем администрацией Бюро за сроками документооборота, налаженной работой БСМЭ по доставке биоматериала в лаборатории Бюро.

Выводы.

1. Укомплектованность филиала «Отделение в городе Урае» КУ ХМАО-Югры БСМЭ составляет 85,0%, отмечается низкая укомплектованность врачами судебно-медицинскими экспертами (25%), но с объемом работы и поставленными задачами врачи эксперты справляются в полном объеме, а средним и младшим медицинским

персоналом укомплектованность составляет 100%.

2. Количество законченных экспертиз и исследований трупов в срок до 1 месяца в 2018-2020 году составляет 100%.

3. Количество законченных экспертиз и исследований по живым лицам в срок до 1 месяца в 2018-2020 году составляет 100%.

4. Количество исследований и экспертиз трупов за последние три года имеет тенденцию к увеличению (214 трупов - 2018 году; 209 трупов - 2019 году, 248 трупов – 2020 году), а показатель обследования потерпевших, обвиняемых и иных лиц значительно снизился (777 - 2018 году, 702 – 2019 году, 620 – 2020году).

5. Показатели по структуре насильственной смерти: смерть в результате отравления этиловым спиртом незначительно увеличилась (5 случаев в 2018 году, против 6 случаев в 2020 году); смерть от механической травмы снизилась незначительно (12 случаев в 2018 году, против 10 случаев в 2020 году). Количество утоплений в 2018году (2 случая) по отношению к 2020 году (3 случая) имеется незначительная тенденция к повышению. Смертность от других нозологий относительно стабильная.

6. Структура распределения ненасильственной смерти за последние три года Ощутимо снизилось количество случаев смерти в результате заболеваний новообразований на 23,4% (47 случаев в 2018 году, 36 случая в 2020 году). Также наблюдается значительное снижение количества случаев смерти от болезней органов дыхания (4 случая в 2018 году, 1 случай в 2020 году). Количество случаев смерти от инфекционных заболеваний (в т.ч. туберкулез, ВИЧ-инфекция) в 2018 году составило 1 случай. В 2020 году 1 случай от ВИЧ-инфекции, смерть от туберкулеза зафиксирована не было. Болезни кровообращения в структуре ненасильственной смерти составляют 62,5% от ненасильственной смертности. Однако имеется тенденция к

значительному увеличению случаев смертности от болезней органов кровообращения (81 случай 2018 году, против 107 случаев в 2020 году); болезней нервной системы (3 случая 2018 году, против 7 случаев в 2020 году); прочих инфекций (0 случаев 2018 году, против 6 случаев в 2020 году). Смертность от других нозологий относительно стабильная.

Литература.

1. 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”;

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты- Мансийск 2018, 171 с.;

2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

ПРЕДЕЛЫ КОМПЕТЕНТНОСТИ СУДЕБНО-МЕЛИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛ, СВЯЗАННЫХ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УГОЛОВНОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ

Е.Х. Баринов, А.К.Иорданишвили,

Р.Э. Калинин, Н.А. Михеева

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы (МАНЭБ)

ВВЕДЕНИЕ

Согласно ст. 8 УК РФ, единственным основанием уголовной ответственности является состав преступления. Применительно к «ятрогенным» преступлениям, проблема понимания структуры их состава в целом, а также особенностей отдельных элементов состава таких преступлений, остается нерешенной как в юридическом, так и в медицинском профессиональных сообществах.

В рамках уголовного процесса на любом его этапе судебно-медицинская экспертиза служит средством получения доказательств. Первоочередная задача судебно-медицинской экспертизы по материалам «врачебного» дела – разрешение вопросов о наличии либо отсутствии элементов и признаков состава преступления в деяниях

медицинских работников. Решению этой задачи должны способствовать, со стороны следствия – правильная постановка вопросов при назначении экспертизы, полнота и качество следственных действий, проведенных до момента передачи материалов дела экспертам, а со стороны экспертов – полнота и всесторонность исследования в соответствии с требованиями ст. 8 Федерального закона от 31.05.2001 №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», а также рациональное употребление полномочий, предоставленных экспертам п. 4) ч. 3 ст. 57 УПК РФ и ч. 2 ст. 204 УПК РФ.

Ведущая роль судебно-медицинской экспертизы в расследовании «врачебных» дел предопределена спецификой данной категории уголовных дел. Повышение качества судебно-медицинских экспертиз необходимо для решения задач уголовного судопроизводства, установленных ч. 1 ст. 6 УПК РФ. Понимание потребностей правовой процедуры, обусловленных особенностями состава преступлений, необходимо как для формирования криминалистической методики расследования, своевременной и полноценной реализации тактической инициативы следователя, так и для правильной ориентировки судебных медиков в поле экспертного усмотрения, созданного уголовно-процессуальным законом (1,2).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили 69 уголовных дел, возбужденных по факту неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи в 2008-2017 гг. Из них 30 дел (43%) были возбуждены по признакам преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, 15 дел (22%) – п. в) ч. 2 ст. 238 УК РФ, 8 дел (12%) – ч. 2 ст. 293 УК РФ и 2 дела (3%) – ч. 2 ст. 118 УК РФ.

Согласно п. 4 Постановления Пленума Верховного

Суда РФ от 16.10.2009 №19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий», в отношении медицинских работников должностными признаются полномочия по «принятию решений, имеющих юридическое значение и влекущих определенные юридические последствия (например, по выдаче медицинским работником листка временной нетрудоспособности)». В этой связи до 24.07.2015 г. неприменимость ст. 293 УК РФ к деяниям медицинских работников не вызывала сомнений. Пример – Определение Верховного Суда РФ от 21.05.2007 №5-Д06-166, которым в порядке надзора отменены приговор Перовского районного суда г. Москвы, кассационное определение и постановление Президиума Мосгорсуда, и действия осужденного переквалифицированы с ч. 2 ст. 293 УК РФ на ч. 2 ст. 118 УК РФ. Заведующий отделением анестезиологии был осужден за переливание иногруппной крови, приведшее к развитию гемотрансфузионного шока. В определении Верховный суд РФ указал, что «забор и переливание крови он осуществлял как врач, а не как должностное лицо заведующий отделением анестезиологии». Однако 24.07.2015 г. вступили в силу поправки в УК РФ, в соответствии с которыми ч. 1 ст. 293 УК РФ была дополнена словами «либо обязанностей по должности», что фактически позволяет применять данную статью не только к должностным лицам, но и к другим категориям работников. Судебная практика не заставила себя ждать – в апреле 2017 г. суд вынес обвинительный приговор фельдшеру скорой помощи, проигнорировавшей звонок школьника во время гибели детей на Сямозере. Фельдшер осуждена по ч. 3 ст. 293 УК РФ. Тем не менее, необходимо помнить о родовом и видовом объектах преступления, предусмотренного ст. 293 УК РФ. В типичном случае неоказание либо ненадлежащее оказание медицинской помощи конкретным ме-

дработником конкретному пациенту не может признаваться преступлением против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления.

Объективная сторона вышеперечисленных преступлений характеризуется наличием таких признаков, как деяние, последствие и причинно-следственная связь. Ключевая составляющая деяния – дефекты оказания медицинской помощи. Данная дефиниция постепенно вытесняет не оправдавшее ожиданий понятие «врачебной ошибки». Суть дефекта оказания медицинской помощи – нарушение обязательных требований к оказанию медицинской помощи данного вида. Следует учитывать, что деяние значительно чаще выражено в форме бездействия, нежели в форме действия. Последствиями являются смерть или причинение тяжкого вреда здоровью пациента (п. в) ч. 2 ст. 238 УК РФ необоснованно приравнивает эти последствия друг к другу по тяжести).

Субъективная сторона преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ, характеризуется наличием вины в форме неосторожности. Чаще речь идет о легкомыслии, значительно реже – о небрежности, поскольку медицинский персонал предвидит возможность неблагоприятного исхода своих действий в силу наличия медицинского образования, повышенная внимательность и предусмотрительность для этого не требуются. Преступление, предусмотренное п. в) ч. 2 ст. 238 УК РФ, совершается с двумя формами вины: прямой умысел по отношению к деянию и неосторожность в отношении последствий (тяжкий вред здоровью либо смерть пациента). Применение ст. 238 УК РФ к деяниям медицинских работников обоснованно подвергается критике. С одной стороны, при квалификации по объективной стороне возможна подмена понятий – бездействие медработника в виде невыполнения каких-либо правил и стандартов рассматривается как действие в виде предоставления небезопасной для жизни и здоровья услуги (поскольку оказать услугу бездействием невозможно). С другой стороны, преступная неосторожность медработника смещается на этап наступления последствий, а в отношении допущенных им дефектов (которые неотделимы от последствий в силу специфики медицинской деятельности) вменяется прямой умысел. В результате уголовная ответственность наступает по статье с более тяжелой санкцией, хотя деяние с тем же успехом можно квалифицировать по ст. 109 УК РФ или ст. 118 УК РФ. Кроме того, ч. 1 ст. 238 УК РФ имеет формальный состав, т.е. медицинские работники могут привлекаться к уголовной ответственности даже при благоприятном исходе для пациента. Для установления формы вины и во избежание объективного вменения, запрещенного ч. 2 ст. 5 УК РФ, следствию требуется оценить психическую деятельность медицинского работника, непосредственно связанную с оказанием медицинской помощи, в том числе его знания, а это специальные знания, и оценить их без участия экспертов невозможно.

Медицинские работники являются специальным субъектом преступления. Необходимо учитывать, что субъектом «ятрогенного» преступления может быть не только врач, но и другие медицинские работники, в частности, медицинские сестры и фельдшеры. Следствию необходимо установить лицо, подлежащее привлечению к уголовной ответственности, и наличие у этого лица всех признаков субъекта преступления. Особое внимание следует обращать на ст. 70 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где указаны права и обязанности лечащего врача. Во всех случаях субъектом преступления может быть только лицо, обязанное оказывать медицинскую помощь и имеющее реальную возможность ее оказать. Экспертиза

должна исследовать возможности оказания медицинской помощи в конкретной медицинской организации, а также выяснить, являются ли вообще произошедшие события оказанием медицинской помощи.

ВЫВОДЫ

Пределы компетенции судебно-медицинской экспертизы и пределы компетенции следователя образуют единую границу, проходящую по линии правовой оценки деяния медицинских работников. Эта граница проведена п. 4 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 №28 «О судебной экспертизе по уголовным делам». Верховный Суд РФ считает недопустимой экспертно-правовую оценку деяния, а не экспертно-правовую оценку вообще. Вместе с тем деяние – это лишь один из множества признаков состава преступления. В компетенцию экспертов не входит установление лиц, ответственных за дефекты оказания медицинской помощи, но эксперты правомочны делать выводы о наличии дефектов – нарушений правовых норм, регулирующих медицинскую деятельность – что также являет собой правовую оценку. Эксперты не могут констатировать наличие обстоятельств, исключающих преступность деяния, но имеют право выявить факты, которые могут быть признаны такими обстоятельствами (крайняя необходимость, обоснованный риск, исполнение приказа или распоряжения) и дать им оценку, например, сравнив риск летального исхода экстренной хирургической операции с риском смерти в случае невыполнения оперативного вмешательства. Результаты судебно-медицинской экспертизы имеют определяющее значение для разрешения «врачебных дел» по существу, поэтому экспертное исследование должно затрагивать все материалы дела, не ограничиваясь медицинскими документами. Эффективность работы экспертов не в последнюю очередь

обусловлена качеством работы следственных органов на «доэкспертном» этапе расследования уголовного дела.

Литература

1. Сухарева М.А., Балашова И.Л., Михеева Н.А., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. О компетенции врачей – судебно-медицинских экспертов и врачей-специалистов в уголовном судопроизводстве //Медицинское право: теория и практика. 2015. Т. 1. №1 (1). С. 341-349.

2. Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза при решении вопросов, связанных с «медицинскими» спорами // Медицинская экспертиза и право. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2010. - № 6. - С. 5-7.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ ПО МЕДИЦИНСКИМ СПОРАМ – ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПЕРТНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Е.Х.Баринов, А.Е.Баринов, С.Г.Воеводина, А.В.Иванова, А.К.Иорданишвили, И.М.Мисиров, И.В.Осипова

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы»
Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы (МАНЭБ)

Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе играет существенную роль, так призвана дать: медицинскую характеристику фактов, имеющих юридическое значение.

Это означает, что исследуемые в медико-экспертном порядке факты не утрачивают юридического значения. Они сохраняют свое юридическое значение и в переработанном в ходе медико-экспертной оценки виде, в качестве новых знаний. Меняется лишь знание о факте, имеющем юридическое значение: вместо бытового их понимания приходит понимание профессионально-медицинское, помноженное на экспертную оценку. От этого зависит правовая оценка фактов, но юридический характер фактов не меняется. Тем самым медико-экспертная характеристика фактов, имеющих юридическое значение, сказывается на их правовой оценке. Это и определяет предназначение судебно-медицинской экспертизы. Помимо того она должна дать медицинскую характеристику фактов, излагаемую в такой доступной для лиц, не имеющих медицинского образования, форме, которая позволяет юристам эту характеристику уяснить и интерпретировать, переложить на другой, существующий в правовой среде профессиональный язык. Чтобы произвести оценку фактов в соответствующем формате, нужно, чтобы формат другой оценки позволял это сделать.

В противном случае возникает непонимание формата этой другой оценки, не позволяющее произвести оценку в новом формате, и теряется ценность неформатируемой оценки. Медико-экспертная оценка, таким образом, должна быть доступна переформатированию – это условие выполнения судебно-медицинской экспертизой своего предназначения. Кроме того судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве обязана дать медицинскую характеристику фактов, доступную правовой оценке.

Не только форма, но и содержание экспертного заключения должно давать возможность воспользоваться им для целей разрешения правового спора. Соответственно, экспертное

заключение ради экспертного заключения лишено смысла. Если экспертное заключение, не позволяя произвести правовую оценку, дает возможность использовать его для других целей (расширить знания в медицинской науке и практике, получить справочную информацию, и т.д.), оно не служит целям разрешения правового спора. Экспертное заключение должно своим содержанием удовлетворять потребности разрешения конкретного правового спора, иметь все необходимое и достаточное (если это позволяют материалы дела и иные объекты экспертной оценки) для правовой оценки. Доступность заключения правовой оценке – это также условие выполнения судебно-медицинской экспертизой своего предназначения. Таким образом, при условии возможности перевода из медицинского в юридический формат и наличия необходимых и достаточных для правовой оценки сведений заключение судебно-медицинской экспертизы позволяет ей выполнять свое предназначение, если влияет на правовую оценку фактов, имеющих юридическое значение.

Литература

1.Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». -2013.- 164 с.

2. Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза при решении вопросов, связанных с «медицинскими» спорами // Медицинская экспертиза и право. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2010. - № 6. - С. 5-7.

ВОПРОСЫ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫХ АСПЕКТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСНЫХ НАЗУХ

Е.Х.Баринов, Н.А.Мирошниченко, И.М.Мисиров
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г.Москва

В структуре обращаемости в амбулаторно-поликлиническое звено больные с патологией ЛОР-органов составляют около 15% от всех случаев (1). При лечении больных, страдающими определенными заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, часто встречаются лечебно-тактические и лечебно-диагностические ошибки, которые способны привести к развитию осложнений и даже неблагоприятным исходам. На сегодняшний день отмечается тенденция дефицита информации в отношении профессиональных ошибок и случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи пациентам, проходившим лечение по оториноларингологическому профилю.

Вопросы оценки уровня и эффективности медицинской помощи волнуют не только клиницистов и организаторов здравоохранения, но и судебно-медицинских экспертов. В последние годы пациенты, не удовлетворенные оказанной им медицинской помощью, в частности оториноларингологической, обращаются за разрешением конфликтов в вышестоящие организации или в судебные инстанции (2).

Проводимые в данном направлении исследования связаны с защитой прав не только пациентов, но и

медицинских работников, заинтересованных в объективном и научно обоснованном рассмотрении дел; с финансовым благополучием медицинских организаций, для которых выплаты по искам пациентов подчас бывают фатальными, а также с качеством оказываемой медицинской помощи, поскольку только установление объективной истины по делу может способствовать предотвращению дефектов и нарушений при оказании медицинской помощи в дальнейшем (2).

При оказании медицинской помощи пациентам, страдающим заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, не редко выявляются лечебно-тактические и лечебно-диагностические ошибки, которые способны привести к развитию осложнений и неблагоприятным исходам. На сегодняшний день отмечается тенденция дефицита информации в отношении профессиональных ошибок и случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи пациентам, проходившим лечение по оториноларингологическому профилю. Положение отягощается тем, что изучению уровня правовой грамотности врачей посвящены единичные публикации, и согласно авторам этих работ, этот уровень печально низок. Также мало исследований посвящено некачественному ведению медицинской документации, что является одним из самых частых источников возникновения гражданских исков пациентов.

Лечебно-диагностические алгоритмы ведения больных с патологией полости носа и околоносовых пазух аллергической и воспалительной этиологии должно опираться на персонифицированный подход к каждому пациенту.

Очень важным моментом при оказании медицинской

помощи является точная диагностика этиологического фактора, дифференциальный диагноз между вирусным и бактериальным фактором, правильная интерпретация сопутствующей патологии, четкое понимание ожиданий пациента от предстоящего лечения.

Литература

1. Крюков А.И., Гуров А.В., Юшкина М.А., Изотова Г.Н., Соколов С.С. Особенности антибактериальной терапии гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов // Медицинский Совет. 2016. №18.
2. Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». -2013.- 164 с.

О ВЛИЯНИИ НЕСООТВЕТСТВИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ НА КАЧЕСТВО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

М.В. Брескун, Е.А.Тищенко

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России

Кемеровское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы

В повседневной экспертной практике нередки случаи, когда подэкспертный какое-то время находится в медицинской организации и получает лечение. В последующем, при проведении экспертизы некоторые из поставленных вопросов решаются исходя из сведений, изложенных в том числе и в медицинской документации, что актуально в случаях длительного лечения, сопряженного с утратой первичных морфологических свойств повреждений, как в процессе лечения, так и из-за заживления тканей. Если же период пребывания в лечебном учреждении был недолгим, то к моменту экспертизы все или часть полученных телесных повреждений сохранены. Медицинская документация, которая должна использоваться при производстве экспертизы, предоставляется в распоряжение судебно-медицинского эксперта в числе объектов исследования, а иногда и единственным объектом. Отличительной чертой таких экспертиз, к сожалению, все чаще становятся противоречия данных, изложенных в медицинской карте, самим себе либо объективному статусу подэкспертного.

В качестве примеров приводим несколько подобных случаев.

- Девочка С, 9 лет, 16.02.2019г. около 12.00ч. получила телесные повреждения. За медицинской помощью

обратилась 17.02.2019г. в поликлинику по месту жительства. В подлиннике амбулаторной карты указано: «…Травма уличная за 1 сутки до поступления. Жалобы на боли в спине, шейном отделе позвоночника. Анамнез заболевания: На улице рядом со школой была избита 4-мя сверстниками. Локальный статус: Видимых изменений нет. При пальпации болезненность в поясничной области, по задней поверхности шеи. Движения в полном объеме. R-графия шейного и поясничного отделов позвоночника: данных за костно-травматическую патологию нет. Клинический диагноз: Ушиб мягких тканей ПОП. Ушиб мягких тканей ШОП». Судебно-медицинская экспертиза проведена 21.02.2019г. Данные объективного обследования: обнаружены кровоподтеки на передней поверхности левой голени в верхней и средней третях, на наружной поверхности левого коленного сустава, на внутренней поверхности правого коленного сустава, на передней поверхности правой голени в средней трети, на наружной поверхности правой голени в верхней трети. Контуры шейного отдела позвоночника не изменены. Движения в шейном отделе позвоночника в полном объеме, при пальпации напряжения паравертебральных мышц не отмечается. Контуры поясничного отдела позвоночника не изменены. Движения в поясничном отделе позвоночника в полном объеме.

- Гр-н П, 39 лет, обратился за медицинской помощью в лечебное учреждение 04.06.2019г, в 23.30. Из анамнеза известно: «…Травма автодорожная за 2 часа до поступления, на трассе во время ремонта автомобиля сбит микроавтобусом, сознание не терял. БСМП доставлен в дежурный травматологический стационар. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, обусловлено характером травмы. Сознание ясное. Положение вынужденное. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые чистые, влажные. При осмотре левая

голень иммобилизирована шинами Крамера. На момент осмотра шины бережно сняты. При осмотре определяется выраженный отек левой голени, деформация в средней трети, по передней поверхности на границе средней трети и нижней трети отмечается рана с неровными краями округлой формы 0,5х0,5см. Пальпация выявляет резкую болезненность, патологическую подвижность, костную крепитацию в дистальной трети голени. Осевая нагрузка на конечность резко болезненна. Коленный и голеностопный сустав без деформации, пальпация безболезненна; движения в суставах ограничены болевым синдромом в голени. Пульс на артериях стопы отчетливый. Чувствительность сохранена. Диагноз: АДТ. Открытый многооскольчатый перелом костей левой голени в средней трети. Рвано-ушибленная рана левой голени. Рваная рана хряща, ската носа слева».

- Экспертиза по медицинским документам без личной явки потерпевшего. **Гр-н П, 51 год,** обратился за медицинской помощью в лечебное учреждение 29.06.2019г. Осмотрен травматологом. Из анамнеза известно: «…29.06.2019г. на улице получил телесные повреждения. В ходе осмотра обнаружено: рана верхней губы слева, правое предплечье. Форма: линейная. Размер: 4см. Степень повреждения мягких тканей: резаная. Вид кровотечения: отсутствует. Количество ран: одна. Примеси в ране: чистая. Наличие инфекции в ране: без признаков инфекции. Общее состояние удовлетворительное. Ушиб: волосистая часть головы, левый локтевой сустав, лоб. Отек: есть. Кровоизлияние: нет. Ограничение функции: нет. Осевая нагрузка: отрицательная. Ссадины: лоб, левый локтевой сустав, голова. Количество ссадин: множество однотипных ссадин. Вид повреждения мягких тканей: ушибленная. Наличие кровотечения: нет. В области верхней губы слева рана с неровными краями, проникающая в ротовую полость, не кровоточит, визуально

повреждений зубов не определяется. Диагноз: Резаная рана правого предплечья, рвано-ушибленная рана верхней губы слева. Ушиб мягких тканей, ушибленная ссадина области лба, левого локтевого сустава, головы. Оказанная медицинская помощь: инфильтративное обезболивание, туалет раны, первичная хирургическая обработка, повязка асептическая, наложение швов (количество ПХО -1). Обработка ссадин, повязка с антисептиками».

В приведенных примерах именно результаты исследования медицинской документации должны были бы иметь первостепенное значение для экспертных выводов. Но объективная оценка содержащихся в таких медицинских документах сведений невозможна в силу наличия неразрешимых противоречий (*повреждения появляются «после» обращения за медицинской помощью, в процессе наблюдения возникают и исчезают, «трансформируются», не имеют точного количества и локализации, как в последнем почти казуистическом примере, где одна рана находится на верхней губе и предплечье, и т.п.*). Ссылка на такие медицинские документы возможно и не приводит к экспертным ошибкам, но однозначно снижает достоверность, объективность, обоснованность экспертных выводов. Сама экспертиза уже содержит неразрешимые внутренние противоречия в исследовательской части и, как правило, уклончивые выводы в виде допусков. Судебно-медицинский эксперт, являясь носителем специальных знаний, должен обеспечить правосудие качественным «продуктом», который предполагает возможность его оценки именно как доказательства по делу. К сожалению, экспертные суждения, базирующиеся на шаткой основе медицинских документов сомнительного качества, этим требованиям не соответствуют. Считаем, что такого рода проблемы возникают из-за формального подхода к пациентам, невнимания к деталям, и принимают уже

междисциплинарный характер. И чтобы исправить ситуацию, вовсе не обязательны какие-либо особые меры; достаточно лишь понимания докторами всей значимости медицинской документации и ее ведения согласно общепринятым требованиям.

АВТОРЫ:

Брескун Максим Викторович, врач-судебно-медицинский эксперт отдела экспертизы трупов Кемеровского областного клинического бюро судебно-медицинской экспертизы, ассистент кафедры судебной медицины КемГМУ., кандидат медицинских наук

Контактная информация: 650036 г. Кемерово, ул. Волгоградская 39А; тел: 8-3842-54-32-91.

Тищенко Елена Александровна, врач-судебно-медицинский эксперт отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и лругих лиц Кемеровского областного клинического бюро судебно-медицинской экспертизы.

Контактная информация: 650036 г. Кемерово, ул. Волгоградская 39А; тел: 8-3842-54-06-18.

ВЫСТУПЛЕНИЕ В СУДЕБНОМ ЗАСЕДАНИИ – ВАЖНЫЙ ЭТАП В РАБОТЕ ВРАЧА

М.В. Брескун, Е.Х.Баринов
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медико-стоматологический университет» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Уже давно выступление врача, в том числе судебно-медицинского эксперта, в судебном заседании не является экстраординарным событием, как в профессиональном сообществе, так и по мнению широкой общественности. На первый взгляд, концептуально всё предельно ясно, права и обязанности судебного эксперта четко регламентированы, все готовы слушать и задавать вопросы. Или, если быть точным, сначала задавать вопросы и затем выслушивать ответы. Однако, допрос эксперта в суде – это не просто публичное выступление, поскольку не является монологом и не подразумевает наличие заранее заготовленной речи. Для врача это импровизация, причем в нелегких условиях, когда аудитория не воспринимает специальные термины, настроена отнюдь не благосклонно (1). И вот в этом кроется ряд проблем.

Прежде всего, ни на одном из этапов обучения врачей, в том числе и судебно-медицинских экспертов, нет и намека на психологическую подготовку человека к выступлениям вообще, и в суде в частности. Не секрет, что любой выступающий перед аудиторией, пусть и малочисленной, испытывает стресс. Как справиться с волнением, преодолеть свои сомнения, сконцентрироваться, не отвлекаться, не выйти за рамки компетенции, оставаясь корректным, и при этом грамотно, доступно отвечать на вопросы, твердо

отстаивая свое мнение? Эту задачу каждый решает сам, и надо признать, не всегда успешно. Заметим, что далеко не всякий человек в состоянии обойтись в устной речи без длинных пауз, междометий, экспромтом безошибочно подобрать слова и построить правильное предложение, кратко сформулировав мысль. И опытный профессионал, в том числе и врач, эксперт, далеко не всегда блестящий оратор, а в ряде случаев и совсем не способен покорить слушателя.

Следующий момент – непредсказуемость вопросов. Любой из участников процесса, будь то сторона защиты, обвинения, да и сам судья, имеет возможность подготовиться к заседанию, обдумать и сформулировать вопросы эксперту. Вопросы эти могут носить и провоцирующий характер. Эксперт же имеет возможность «ознакомиться» с заключением (проще говоря, видеть его текст) и не может, стоя на трибуне, воспользоваться специальной литературой, интернет-ресурсами, сослаться на статистические данные и т.п. Разъяснить ранее данное заключение тоже не так легко. Дело в том, что даже блестяще эрудированный специалист не способен удержать в памяти все классические определения, формулировки нормативных документов, и прочее. Не исключены вопросы справочного характера, ответы на которые предопределяют постановку новых вопросов, и так далее.

Например, в практике имело место судебное заседание по уголовному делу в случае смерти от закрытой черепно-мозговой травмы, осложнившейся отеком головного мозга. В ходе допроса прежде всего потребовалось дать определение понятию «отек головного мозга», а затем объяснить: неизбежно ли отек мозга приводит к смерти и если нет, то почему в данном случае наступила смерть, как быстро отек мозга возникает после травмы, как предотвращается, каков процент летальности, возможно ли было избежать

наступления смерти в случае оказания медицинской помощи, и т.п. Всего свыше 20 вопросов. Эту вакханалию вовремя прервал судья, напомнив излишне ретивым о существовании комплексной экспертизы.

Специалисту в суде надо быть готовым к тому, что на всех не угодишь. У каждого из участников процесса свои ожидания от допроса. Судья, как профессионал своего дела, надеется на беспристрастность и компетентность эксперта, присяжные ждут интересных фактов, сторона обвинения верит в твердую убежденность эксперта в своей правоте, сторона защиты ищет слабые места, недочеты и противоречия. Секретарь суда, больше чем все остальные, хотел бы услышать немногословные, лаконичные ответы. Понимание того факта, что, так или иначе, кто-нибудь из участников процесса останется недовольным, избавляет эксперта на трибуне от излишней суеты, скованности, позволяет сосредоточиться на ответах, а не на реакции аудитории.

Практика последних лет показывает увеличение количества судебных заседаний с участием государственного и независимого (негосударственного) экспертов. Разумеется, это неравное противостояние. У неплохо ангажированного «независимого» эксперта заранее готов текст выступления, подкрепленный, как правило, ссылками на литературные источники; досконально изучены материалы дела, выявлены технические ошибки, нестыковки и недочеты, пусть и не грубые. Дело техники – искусственно гипертрофировать что угодно, хоть лишнюю запятую, а также истолковать результаты исследований чуть по-иному, запастись иллюстрированными выдержками из специальной литературы, добавить легкое упоминание о несоблюдении какого-нибудь нормативного документа - и вот уже доверие к оппоненту подорвано.

Резюмируя сказанное, хотелось бы отметить следующее.

В судебном заседании может быть допрошен врач любой специальности, независимо от стажа и квалификации. Надеяться только на свою подготовку, знания, и апеллировать к здравому смыслу и житейскому опыту участников процесса – по меньшей мере, наивно. Умение общаться с аудиторией – не врожденный дар, к такой работе надо готовиться. Неубедительное выступление в суде подрывает доверие лично к специалисту и к медицинскому, экспертному учреждению, дискредитирует труд и усилия многих людей. И главное, затрудняет суд в принятии верного, истинного решения. Чтобы избежать судебных ошибок, необоснованного затягивания сроков судебного разбирательства, по нашему мнению, следует совершенствовать систему соответствующей последипломной подготовки врачей.

Литература

1.Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». -2013.- 164 с.

ПРАВОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРОВ ССиНМП им.А.С.ПУЧКОВА г.МОСКВЫ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К ДОПУЩЕННЫМ ДЕФЕКТАМ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

С.Г.Воеводина, Е.Х.Баринов

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы»

Одной из главных задач судебно-медицинской экспертизы случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи является достоверная оценка правильности диагностических и лечебно-тактических мероприятий и, как следствие, объективная оценка степени тяжести вреда здоровью человека, полученного при оказании медицинской услуги [1,2,3,4,6]. Большую роль в этом играет и правильное заполнение медицинским работником медицинской документации [1,2,3,4,6].

У пациентов, вызывающих скорую медицинскую помощь, как правило, представлен огромный спектр различных заболеваний и их осложнений, а также травм. Сотрудники скорой медицинской помощи (далее – СМП) часто сталкиваются с атипичным началом или течением болезней, сочетанием нескольких конкурирующих заболеваний, а также редкими (для данного региона) заболеваниями [5]. Многие пациенты искажают информацию о своем состоянии: например, часто СМП вызывается из-за дефицита общения, для различных консультаций (включая выбор тонометра, нежелания идти или стоять в очереди в поликлинике для проведения различных исследований, оформления больничного листа, чтения лекций подросткам),

решения своих социальных проблем (уход за лежачими родственниками, поднять упавшего родственника с пола, поменять памперс и т. д.). Ряд пациентов не считают нужным сообщить о своих хронических заболеваниях и объеме назначенной терапии, несмотря на прицельно заданные им вопросы при сборе анамнеза. Часто имеется возрастной или языковой барьер при сборе жалоб и анамнеза. Трудности возникают также при общении с пациентами в алкогольном или наркотическом опьянении, с психическими расстройствами. Часто активно мешают родственники пациента.

Ошибочная постановка диагноза так же связана с поведением сотрудников СМП в различных неблагоприятных ситуациях: внезапно возникшие жизнеугрожающие состояния: во время осмотра пациента или при его медицинской эвакуации в стационар; при различных авариях и катастрофах с большим количеством пострадавших (особенно при сортировке); криминальные и социально опасные ситуации на вызове; «остановки в пути»; повторные вызовы к одному и тому же пациенту[5]. Так как фельдшер СМП имеет очень ограниченный спектр исследований, которые он может провести пациенту (измерение АД, термометрия, глюкометрия, ЭКГ, пульсоксиметрия), то основным методом при установлении диагноза являются тщательный сбор жалоб, анамнеза и осмотр пациента. При этом не стоит забывать про временной лимит нахождения бригады на вызове (в Москве – 20 минут на основании внутреннего приказа), а также дефицит кадров, поэтому в состав выездной бригады часто входит лишь один фельдшер СМП. Поэтому на догоспитальном этапе чаще всего имеются диагностические и лечебно-тактические ошибки, которые способны привести к различным неблагоприятным исходам.

Цель исследования: уточнение правовой осведомленно-

сти фельдшеров ССиНМП им А. С. Пучкова города Москвы и их отношение к дефектам в своей документации.

Актуальность проблемы: в настоящее время дефекты в оформлении первичной медицинской документации являются актуальной проблемой всего медицинского сообщества. В то время, как правовая грамотность пациентов неуклонно растет, правовая грамотность медицинских работников остается на достаточно низком уровне. Данное социологическое исследование было проведено с целью получения максимально объективной информации о правовой осведомленности фельдшеров скорой помощи. Данные исследования позволяют также судить и о том, как сами фельдшера скорой помощи оценивают допущенные ими дефекты в заполнении медицинской документации.

Материалы и методы исследования: в ходе проведения социологического исследования на предмет анализа собственных дефектов в заполнении медицинской документации и правовой грамотности фельдшеров скорой помощи было проанкетировано 30 специалистов. Все специалисты добровольно согласились заполнить анкеты и правдиво ответить на поставленные в анкетах вопросы.

Возраст респондентов составлял от 25 до 52 лет, общий медицинский стаж работы от 3 до 32 лет; стаж работы по избранной специальности от 3 до 32 лет. Данные фельдшера имели различную квалификационную категорию.

Статистическое исследование проводилось с использованием разработанных для этих целей анкет, которые содержали 19 вопросов и несколько вариантов ответов, также на некоторые вопросы можно было дать несколько ответов.

Среди вопросов анкеты, основными были следующие вопросы:

- как они оценивают свои ошибки при заполнении медицинской документации; что необходимо сделать, чтобы

избежать их;
- уровень правовой осведомленности;
- знание медико-правовых аспектов при конфликтах с пациентами.

Результаты собственного исследования: из проанализированного материала выяснено, что качественно собрать анамнез и оформить медицинскую документацию за время, отведенное на одного больного, успевает только 70% опрошенных.

На вопрос о том, когда Вы заполняете документацию 33% фельдшеров заполняют документацию при пациенте, 23% во время медицинской эвакуации больного в ЛПУ (то есть находясь в непосредственно движущейся машине), 20% - когда есть время, после окончания рабочей смены – 17% и 7% делают это дома, так как не успевают в течение рабочей смены.

Большинство респондентов ответили, что 74% ознакомил с правилами заполнения документации коллега, руководство ознакомило с правилами заполнения документации 16% опрошенных фельдшеров, 5% - диспетчера подстанций и 5% никто не ознакомил с правилами.

На вопрос о значении медицинской документации 33% респондентов ответило – лечебно-диагностическое, 27% - юридическое, 20% - научно-практическое и 20% ответило, что это лишняя трата времени.

При вопросе о том, кто контролирует качество заполнения медицинской документации – 83% опрошенных ответило – старший врач, 10% - заведующий подстанцией и 7% - диспетчер подстанции.

На вопрос всегда ли Вы полностью заполняете талон к сопроводительному листу только 67% респондентов ответили утвердительно и такое же количество респондентов знает о том, что ошибки, допущенные в оформлении

документации могут повлиять на ход судебного процесса в случае конфликтной ситуации.

При вопросе об ошибках при заполнении документов 16% отметили, что это случайность, 27% - неизбежный процесс, 40% допускает определенный процент ошибок в своей работе, 14% считают это некачественным выполнением работы и 3% считает, что, если заполняли не они – ответственность с них снимается.

На вопрос о том, что нужно сделать, чтобы избежать таких ошибок 3% считают, что существующую форму необходимо отменить, 7% ответили, что им необходимо больше времени на выполнение вызова, 24% респондентов считают, что необходимо быть более внимательным, 33% считает, что необходимо полностью укомплектовать состав выездных бригад и 33% считают, что существующую форму документа необходимо упростить.

При вопросе о тщательном сборе анамнеза 83% респондентов ответили утвердительно, а из остальных 17% - 10% считают, что не важен гинекологический анамнез и 7% - соматический. При этом на тщательный сбор анамнеза 33% респондентов не хватает времени, 27% забывает об этом, 16% всегда заполняет тщательно, 14% считает этот пункт в карте СМП лишним и 10% считает анамнез неважным.

В блоке вопросах о совершенных ошибках только 40% респондентов укажет об этом в карте вызова, 27% сообщит об этом руководству и 17% сообщит об этом пациенту или его родственникам.

На блок вопросов о знании медико-правовых аспектов деятельности только 70% фельдшеров ответили утвердительно, но 74% знают об этом по рассказам более опытных коллег, 23% читают соответствующую литературу и лишь 3% проходили курсы медико-правовой подготовки.

На вопрос об основных причинах конфликтных ситуаций все 100% респондентов ответило, что причинами являются

повышение требований пациента к качеству оказываемых услуг и вызов СМП (экстренной службы) к пациентам без угрожающих их жизни и здоровью травмах и внезапных заболеваниях, 67% отметило повышение юридической грамотности населения, 10% отметило снижение качества медицинской помощи и 7% - снижение уровня профессиональной подготовки молодых специалистов.

На вопрос о том, кто (или что) может защитить медицинского работника в случае конфликтной ситуации 59% фельдшеров считает, что это правильное оформление медицинской документации, 10% считают, что они достаточно самостоятельны, по 10% полагаются в этом вопросе на руководство и более опытных коллег, также 8% опрошенных считают, что никто их не защитит, а 3% полагаются в этом вопросе на государство.

Выводы: в настоящее время число конфликтов с пациентами неуклонно увеличивается, также, как и правовая грамотность населения. В соответствии с этим необходимо учитывать, что вопрос о ненадлежащем ведении медицинским работником документации стоит наиболее остро при различных исках и жалобах пациента. Следует подчеркнуть, что пробелы в оформлении документации являются поводом для вынесения судебных решений в пользу пациентов, а не в пользу медицинских работников.

Отчего же, в числе прочих факторов, возникает эта проблема? Фельдшера часто вынуждены заполнять документацию «на коленях» в движущейся машине СМП, так как в современных условиях на каждый вызов время лимитировано. Чем в такой ситуации жертвует современный медицинский работник? – Он старается побыстрее сделать запись, забывая или попросту не зная юридических требований к оформлению документации. Тем самым фельдшера обрекают себя на юридическую уязвимость и беспомощность.

Конечно, не в ущерб пациенту, но все же медицинский работник не должен забывать о своей юридической защите. Строго следуя правилам оформления медицинской документации, фельдшер СМП может быть уверенным, что составляет медицинский и юридический документ, полностью соответствующий всем предъявляемым требованиям и являющийся отражением его профессиональной грамотности, умений и личных качеств. Данный документ послужит объективным показателем грамотной работы при возникновении конфликтных ситуаций.

Литература.

1. Баринов Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Правовая общность и различия медицинской деятельности и судебно-медицинской экспертизы// Медицинская экспертиза и право. – 2010. - № 3. – с.5-7;
2. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Оценка профессиональных ошибок медицинских работников// Правовые вопросы в здравоохранении. – 2010. - № 4. – с.100-105.
3. Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Муздыбаев Б.М., Ромодановский П.О. Юридическая квалификация дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок – помощь практическому здравоохранению// Медицинское право. -2010. - № 5. – с.3-7.
4. Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза при решении вопросов, связанных с «медицинскими» спорами// Медицинская экспертиза и право. – 2010. - № 6. – с.5-7.
5. Фиалко В.А. Тактическая медицина. 50-летний опыт изучения и практического решения проблем ургентной медицины догоспитального этапа. Издание 2-е, исправленное и дополненное (избранные статьи, очерки, лекции, таблицы, классификации, методические материалы: 1957–2007 гг.) Екатеринбург: издательство ИРА УТК, 2011 г. – 318 с.
6. Головин В.С. Мальцев С.В. Чернуха Н.А. Шапкина Н.Б. Материалы к вопросу судебно-медицинской экспертизы дефектов оказания медицинской помощи/// Мат. VI Всеросс. съезда судебных медиков. — М.-Тюмень, 2005

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ: ОПТИМАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ И ЭКСПЛУАТАЦИИ

А.К. Иорданишвили, ЕХ.Баринов

Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы;
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

В Российской Федерации (РФ) много лиц с полной утратой зубов на обеих челюстях, особенно в пожилом и старческом возрасте, соответственно, 10% и 20% (Е.А. Веретенко, 2015). В 2015 г. агентство по исследованию рынка IPSOS (Международный институт маркетинговых и социологических исследований) провело многоцелевое исследование по использованию зубных протезов в 19 странах (Рекомендации по оптимальному уходу и эксплуатации полных зубных протезов для поддержания гигиены полости рта и общего состояния здоровья.

Международная рабочая группа по уходу за полными зубными протезами. 2018. 35 с.). Результаты этого исследования, явившегося международным опросом, были использованы для сбора широкого спектра информации по различным проблемам использования пациентами съемных зубных протезов. Исследователями было показано, что за последние 20 лети распространенность полной потери зубов снизилась во всем мире, что в основном связано с тенденцией к более тщательному уходу за зубами в большинстве стран с высоким уровнем дохода. Однако в странах с низким и средним уровнем дохода ситуация кардинально противоположная. Среди людей старше 65 лет распространенность полной утраты зубов составляет 32,9%: от 7% в Египте до 72% в Исландии. При этом полная потеря зубов в старших возрастных группах связана с рядом факторов, среди которых: социально-демографические (например, низкий уровень образования), образ жизни (например, курение), хронические заболевания (например, артрит, астма и диабет). Потеря зубов и использование зубных протезов могут оказать существенное влияние на самооценку и психосоциальное благополучие. Поэтому, частичных съемных протезов становится в мире больше, потому что отсутствие зубов сегодня стало менее приемлемым, чем раньше. Так, рынок зубных протезов в США растет на 6% в год, в основном за счет появления более новых «эластичных» частичных съемных зубных протезов (Рекомендации по оптимальному уходу и эксплуатации полных зубных протезов для поддержания гигиены полости рта и общего состояния здоровья. Международная рабочая группа по уходу за полными зубными протезами. 2018. 35 с.). Адгезивные средства для фиксации зубных протезов (АСФЗП) присутствуют на рынке в том или ином виде в течение почти столетия. Они выпускаются в форме растворимых кремов, паст, полосок,

порошков, а также нерастворимых подушечек и прокладок. Они служат для улучшения фиксации и стабилизации зубного протеза и, таким образом, повышения комфорта пользователей. В тоже время, такая организация как FDI (Всемирная федерация стоматологов) не публикует руководства по использованию АСФЗП. Также отсутствуют системные данные о том, как сегодня пациенты ухаживают за протезами. С уверенностью можно сказать, что, поскольку существующие рекомендации значительно различаются, пользователям сложно определить оптимальный способ ухода за зубными протезами. Пациенты все чаще прибегают к поиску информации в интернете, что также не позволяет выбрать единую стратегию (Рекомендации по оптимальному уходу и эксплуатации полных зубных протезов для поддержания гигиены полости рта и общего состояния здоровья. Международная рабочая группа по уходу за полными зубными протезами. 2018. 35 с.). Вместе с тем, постоянное ношение съемных зубных протезов, ношение их ночью связано с ухудшением стоматологического здоровья, появлением воспалительных процессов в пародонте, слизистой оболочке полости рта, а также с повышенным в 2,38 раза риском развития пневмонии у пациентов, находящихся в специализированных учреждениях для лиц старших возрастных групп, которые достигли возраста 85 лет и старше (T. Linuma, Y.Arai et al., 20115). Однако, все специалисты в области стоматологии едины во мнении, что съемные зубные протезы необходимо чистить, но различно отношение к использованию АСФЗП. Многие врачи-стоматологи, в том числе ортопеды по-прежнему считают, что использование АСФЗП необходимо лишь при недостаточно качественном протезировании, что является грубой ошибкой. Следует рекомендовать АСФЗП к широкому использованию, предоставляя грамотные и четкие рекомендации по их использованию, как врачам-

стоматологам, так и пациентам. В реальных условиях повседневной жизни врачам-стоматологам целесообразно знать особенности использования адгезивных средств для фиксации зубных протезов, в том числе у лиц, страдающих соматическими заболеваниями и гипосиалией, а также современных средств для очистки съемных зубных протезов. Необходимо ежедневное тщательное удаление бактериальной биопленки с поверхности съемных зубных протезов, что чрезвычайно важно для минимизации риска развития протезного стоматита, улучшения гигиены полости рта, стоматологического и общего состояния здоровья. Пациентам следует рекомендовать ежедневно чистить съемные зубные протезы специальной щеткой с неабразивным очищающим средством для зубных протезов, хранить их в кипяченой воде с добавлением *специального средства для очистки и хранения зубного протеза (очищающие таблетки)*, соблюдая инструкцию по его применению. После вымачивания зубного протеза, перед введением в полость рта, его следует тщательно промыть в кипяченой воде комнатной температуры (за исключением клинических случаев при которых пациентам показано ношение съемных зубных протезов ночью). Не зависимо от доступного специального средства для очистки и хранения зубного протеза, все средства обеспечивают более выраженное уменьшение бактериальной нагрузки (количества микроорганизмов) по сравнению с водой, особенно в отношении Candida albicans. Безопасность всех разрешенных на российском рынке *специальных средств для очистки и хранения зубного протеза* при правильном их применении не вызывает сомнений, поскольку они предназначены для использования вне полости рта, и пациенты должны промывать зубные протезы перед тем, как их надевать. Для минимизирования количества биопленок, образующихся на поверхности съемного зубного

протеза, целесообразно рекомендовать пациентам 2 раза в год обращаться к врачу-стоматологу для их профессиональной очистки съемных зубных протезов с помощью ультразвукового очистителя. Адгезивные средств для фиксации зубных протезов (АСФЗП) следует рекомендовать пациентам только при хорошо припасованных съемных зубных протезах, так как использование неполноценных, плохо припасованных съемных зубных протезов ведёт к постоянной травме слизистой оболочки протезного ложа, а, следовательно, и постоянному ее воспалению, что способствует атрофическим процессам в костной ткани челюстей, усугубляя их. АСФЗП положительно влияют на фиксацию и стабилизация съемных зубных протезов, повышают эффективность пользования ими при разговоре и во время приема пищи, улучшают психофизиологические показатели здоровья пациентов, включая психологическую уверенность пациентов и уменьшение попадание частичек пищи под базис зубного протеза, а также оптимизируют показатели местного иммунитета и обеспечивают профилактику протезного стоматита и галитоза. Использование АСФЗП сокращает продолжительность адаптационного периода к впервые изготовленным или новым съемным зубным протезам у повторно протезируемых пациентов на 30-50%. Лучшая фиксация, стабилизация и равновесие полных съемных зубных протезов обеспечивается при минимальном количестве АСФЗП, то есть при его равномерном и тонком слое между внутренней поверхностью базиса протеза и слизистой оболочкой протезного ложа. Для обеспечения наиболее благоприятного влияния АСФЗВ его следует наносить на чистую сухую внутреннюю поверхность базиса съемного протеза за 25-30 минут до приема пищи. У людей, пользующихся съемными зубными протезами и имеющих аллергические заболевания целесообразно использовать нейтральные АСФЗП, то есть без красителей

и других наполнителей. У лиц, страдающих галитозом, следует рекомендовать АСФЗП, обладающие повышенными вкусовыми свойствами. У лиц, страдающих гипосиалией, следует рекомендовать прополоскать полость рта водой перед надеванием протеза, что следует делать за 25-30 минут до приема пищи. Продолжительность положительного действия АСФЗП составляет около 12 часов. Удалять АСФЗП с поверхности съемного зубного протеза следует с помощью специальной мягкой щетки и теплой воды. Соблюдением рекомендаций по уходу за съемными зубными протезами при постоянном использовании АСФЗП улучшает стоматологическое здоровье пациентов и качество их жизни.

СТОМАТОЛОГИЧСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

А.К. Иорданишвили, Е.Х.Баринов
Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы (МАНЭБ)
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Актуальность. Стоматологические заболевания, протекающие на фоне соматической патологии, как правило, имеют хроническое течение, а порой и устойчивость к комплексной терапии. Особенно это касается сахарного диабета. При отсутствии участия врача-стоматолога при медицинском обслуживании лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа (СД2), за счёт сложных нарушений метаболизма, у пациентов возникают тяжелые формы

хронического генерализованного пародонтита (ХГП), обусловленные особенностью течения обменных процессов в организме, наличием микроангиопатии и нарушений иммунологического баланса, а гипосиалия обусловливает ухудшение самоочищения полости рта и резко нарушает ее гигиеническое состояние. Поэтому улучшение стоматологического здоровья лиц, страдающих СД2, является актуальной задачей современной мировой медицины. Подобные случаи нередко могут явиться причиной конфликта между пациентом и медицинской организацией, который может закончиться в судебном процессе, в ходе которого будет проводиться судебно-медицинская экспертиза (1).

Цель – улучшить показатели стоматологического здоровья взрослых людей, страдающих СД2 путём совершенствования организационных форм оказания стоматологической помощи и применения отечественных средств для индивидуального ухода за полостью рта.

Материал и методы. Для оптимизации оказания стоматологической помощи взрослым людям, страдающим СД2 на базе стоматологической поликлиники № 29 Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга пять лет назад, был создан нештатный Центр для динамического наблюдения и лечения заболеваний зубов, органов и тканей полости рта у лиц, страдающих СД2, который работает в тесном сотрудничестве с районным эндокринологом. Пациенты посещают врача-стоматолога по активному вызову 2 раза в год. В работе проведен анализ стоматологического здоровья 65 женщин среднего возраста (40 -59 лет), страдающих СД2, которые находились под динамическим наблюдением врача-стоматолога Центра 2,-2,5 года (основная группа), а также 44 женщины этой же возрастной группы, страдающих СД2, которые посещали это же учреждение здравоохранения по обращаемости (контрольная группа). Отметим, что для

регулярного и качественного индивидуального ухода за полостью рта пациентам, страдающим СД2 и находящимся под динамическим наблюдением врача-стоматолога рекомендовались исключительно отечественные средства для ухода за полостью рта, а именно лечебно-профилактическая зубную пасту R.O.C.S. Bionica, а также ополаскиватель для полости рта R.O.C.S. Whitening Black Edition (торгово-промышленная группа компаний «Диарси», Россия), которые пациенты использовали при индивидуальном уходе за полостью рта два раза в день в течение 7-10 суток с последующим переходом на другой профилактический ополаскиватель. Эти отечественные средства для индивидуального ухода за полостью рта, наряду с приятным освежающим вкусом и действием, снижающим повышенную чувствительность зубов, способны уменьшать воспалительные процессы в тканях краевого пародонта и кровоточивость десен, так как действие активного кислорода направлено на подавление анаэробной микрофлоры, являющейся причиной воспалительной патологии пародонта, а также бережно отбеливают зубную эмаль на поверхности и устраняют повышенную чувствительность зубов.

В ходе клинического обследования пациентов изучали основные стоматологическое показатели: нуждаемость в лечении патологии твердых тканей зубов и пародонта, которые определяли в процентах, Кроме того, в ходе работы использовали общепринятые индексные показатели стоматологического здоровья: индекс уровня стоматологической помощи (УСП), позволяющий в целом оценить состояние стоматологического здоровья, комплексный периодонтальный индекс (КПИ) и индекс CPITN, позволяющие оценить тяжесть течения патологии тканей пародонта, а также упрощенный индекса Грина-Вермиллиона (OHI-S) для оценки состояния гигиены

полости рта.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что среди лиц, страдающих СД2 и находящихся под динамическим наблюдением врача-стоматолога (основная группа) нуждались в лечении зубов и пародонта, соответственно, 3 (4,62%) чел. и 4 (6,15%) чел., в то время как среди лиц контрольной группы нуждаемости в лечении патологии твердых тканей зубов и пародонта составила, соответственно, 32 (72,73%) и 44 (100%) чел. Это свидетельствовало, что при отсутствии динамического наблюдения за пациентами, страдающими СД2 со стороны врача-стоматолога, отмечается резкое снижение показателей стоматологического здоровья и большая нуждаемость в лечении патологии зубов: кариес, некариозные поражения ($p \leq 0,01$), а также тканей пародонта: гингивит, пародонтит ($p \leq 0,001$).

При этом отмечено, что у женщин, страдающих СД2 основной группы ткани пародонта находились в лучшем состоянии (индекс КПИ=0,84±0,16; индекс CHITN=1,22±0,29), чем у женщин контрольной группы ($p \leq 0,01$), у которых показатели характеризующие состояния тканей пародонта (индекс КПИ=4,15±0,32; индекс CHITN=3,83±0,39), свидетельствовали о тяжелом воспалительном процессе – хроническом генерализованном пародонтите. На состояние тканей пародонта, очевидно, влияло качество проводимой пациентами обеих групп индивидуальной гигиены полости рта. У лиц, страдающих СД2 и находящимся под динамическим наблюдением у врача-стоматолога отмечен хороший уровень гигиены полости рта (упрощенный индекса Грина-Вермиллиона (OHI-S) составил 0,58±0,18), в то время как у пациентов, страдающих СД2 и посещающих врача-стоматолога от случая к случаю, данный индекс, характеризующий качество индивидуальной гигиены составил 1,83±0,31 ($p \leq 0,01$), что свидетельствовало о неудовлетворительном

уходе пациентов этой группы за полостью рта. Кроме того, эти данные подтверждают эффективность проводимой у лиц основной группы с СД2 вторичной и третичной профилактики воспалительных заболеваний пародонта в ходе их динамического наблюдения, а также о рациональном и эффективном использовании отечественных средств для индивидуальной гигиены полости рта, которые им рекомендовались врачами-стоматологами.

Анализируя в целом уровень стоматологической помощи у пациентов обеих групп, страдающих СД2, установлено, что у женщин находящихся под динамическим наблюдением у врача-стоматолога отмечен хороший уровень стоматологической помощи (индекс УСП=80,26%), в то время как аналогичный показатель у пациентов контрольной группы составил 24, 44% ($p \leq 0,001$), что следует характеризовать как недостаточный уровень стоматологической помощи.

Заключение. Проведенное клиническое исследование позволило установить, что у лиц, страдающих СД2 можно добиться хорошего стоматологического здоровья при их нахождении под динамическим наблюдением у врача-стоматолога при 2 кратном его посещении в течение года, адекватно применяя отечественные средства для индивидуального ухода за полостью рта. Так, лица, страдающие СД2, которые на протяжении 2 – 2,5 лет находились на динамическом наблюдении у врача-стоматолога нештатного Центра по обслуживанию пациентов, страдающих сахарным диабетом на базе стоматологической поликлиники № 29 Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга, в подавляющем большинстве были санированы (95,38%), имели хорошую индивидуальную гигиену полости рта (0,58±0,18), ремиссию патологии тканей пародонта (93,85%) при хорошем уровне стоматологической помощи (80,26%), в отличие от лиц, страдающих СД2, и

посещающих врача-стоматолога, по обращаемости.

Таким образом, у пациентов, страдающих СД2, регулярно наблюдавшихся стоматологом и эндокринологом, при 2-кратном за год проведении комплекса лечебно-профилактических мероприятий по вторичной и третичной профилактике стоматологических заболеваний, а также при рациональном и постоянном грамотном применении отечественных средств для индивидуального ухода за зубами и тканями полости рта удается добиться значительных и стойких улучшений со стороны органов жевательного аппарата и гигиены полости рта, что, безусловно, положительно отражается на качестве их жизни. Созданный на базе стоматологической поликлиники № 29 Фрунзенского района Санкт-Петербурга нештатный Центр по стоматологическому обслуживанию лиц, страдающих СД2 показал, что при раннем обращении за стоматологической помощью и при динамическом их наблюдении возможно добиться высокого уровня их стоматологического здоровья несмотря на наличие соматической патологии.

Литература

1.Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». -2013.- 164 с.

СУИЦИДЫ

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов,
П.В. Мисников, И.М. Вильцев
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
(начальник, председатель Научно-организационного совета — Р.В. Скребов)
г.г. Мегион, Ханты-Мансийск

ВОЗ считает самоубийства приоритетом общественного здравоохранения. В 2014 году был опубликован первый доклад ВОЗ о самоубийствах в мире, озаглавленный «Предотвращение самоубийств: глобальная императива» для того, чтобы улучшить понимание общественным здравоохранением значения самоубийств и их попыток и сделать предотвращение самоубийств одним из наиболее приоритетных вопросов в глобальной повестке дня общественного здравоохранения. Ставится также цель содействовать и помогать странам в разработке и укреплении всеобъемлющих стратегий по предотвращению самоубийств в рамках межсекторального подхода к общественному здравоохранению.

Как полагал Люсьен Леви-Брюль, там, где контроль выше, уровень самоубийства ниже, и наоборот, где человек свободнее, в тех обществах выше уровень самоубийств. В обществах высокого социального контроля отношения к самоубийству лежат в сфере эмоций, выделяя иррациональный аспект. В архаических обществах система социального контроля вырастает из религиозных представлений с их развитой системой табу, которая и определяет отношение к самоубийству и самоубийцам.

Ежегодно более 800 000 человек кончают жизнь самоубийством, это один человек каждые 40 секунд. Но эти

смертельные случаи можно предотвратить. Таким образом, очевидна задача и мирового здравоохранения – это комплекс действительных мер по профилактике суицидов.

В нашей работе встретились два случая законченных (истинных) суицидов, связанных с отравлением разными веществами.

Случай из практики № 1. Молодой мужчина, 28 лет поступил из дома. Был обнаружен родственниками после праздничных дней. Анамнез жизни: проживал один, образование высшее, профессия из разряда технических, со слов родственников большим проблем не имел, в том числе и со здоровьем. Осмотр места происшествия особых сведений не дал.

На исследование – слизистая оболочка языка, полости рта и задней стенки ротоглотки набухшая рыхлая тусклая сероватая с серовато-желтоватым налетом фибрина, с множественными очаговыми буроватыми кровоизлияниями; язык значительно обложен серовато-желтоватым налетом, сосочки резко сглажены, стенка пищевода резко утолщена на протяжении до 0,8 см плотноватая, просвет сужен, складчатость сглажена, слизистая рыхлая буровато-серая с обширными участками отслойки с буроватыми кровоизлияними в подслизистом слое, вход в желудок сужен, проходим, складчатость желудка отсутствует, слизистая желудка утолщена, представлена буро-серой рыхлой массой с резким специфичным запахом уксусной кислоты, слизистая оболочка с трудом различима от подслизистого слоя, представленного массивными буро-черными кровоизлияниями;

Гистологически - тотальный нефронекроз, наличие пигментных цилиндров в просветах сосудов почек. Некрозы слизистой оболочки желудка, пищевода, с выраженной перифокальной клеточной реакцией. Выраженный отек головного мозга; острый панкреатит; гемоциркуляторные

нарушения в органах и тканях в виде резкого полнокровия, диапедеза и тромбоза сосудов.

Химически – в стенке желудка обнаружена свободная и связанная уксусная кислота (ацетаты) в количестве 0,61 г в 100 г органа.

Случай из практики № 2. Молодая женщина, смерть наступила внезапно среди свидетелей, в медицинской организации. Из катамнестических сведений известно, что на учете у врачей не состояла, вредных привычек не имела, была не замужем, образование высшее, работала инженером, детей не было, накануне смерти появились жалобы на нехватку воздуха, быстро потеряла сознание, спасти женщину не удалось.

Макроскопически – множественные точечные и пылевидные кровоизлияния на переходных складках век, крупноточечные кровоизлияния под легочную плевру (пятна Тардье), полнокровие органов и тканей, выраженное нарушение кровообращения в органах и тканях в виде полнокровия.

Микроскопически - умеренный отек головного мозга; в сердце наличие очагов с группами кардиомиоцитов в состоянии фрагментации и волнообразной деформации и выраженный отек легких.

Химия - в биологических образцах (крови, почке, легком) обнаружен донормил (доксиламин) – в крови 1,9 мг/л.

Выводы. Таким образом, морфологическими, морфометрическими методами и химическим исследованием в первом случае установлен диагноз «Острое отравление уксусной кислотой», во втором случае «Острое отравление доксиламином (донормилом)». Несмотря на разную этиологию отравления оба случая чем-то похожи между собой. Это молодой возраст мужчины и женщины, отсутствие семьи, детей, высшее схожее образование, отсутствие вредных привычек и предсмертных записок. В

тоже время с большой вероятностью можно предположить, что это были именно суициды. Стоит отметить, что большинство людей перед совершением самоубийства тем или иным способом говорят о своих намерениях, только вот это бывает трудно понять окружающим или люди сталкиваются с безразличием и равнодушием.

Так вот необходима реальная, мало того адресная помощь людям оказавшимся в тяжелой жизненной ситуации от организаций, в обязанности которых это входит.

Литература:

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. **Чиркова** С.В., **Скребова** Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., **Вильцева** И.М., **Кислицина** В.М., **Агзамовой** Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - **Ханты- Мансийск** 2018, 171 с.;

2. **Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып**. 2. / под ред. **Скребова** Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др.. - **Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с**.;

3. **Актуальные вопросы судебной медицины** (сборник научно-практических статей) – **Вып**. 3. / под ред. **Скребова** Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

4. **Актуальные вопросы судебной медицины** (сборник научно-практических статей) – **Вып**. 4. / под ред. **Скребова** Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 **с**.

К ПРОБЛЕМЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, И.М. Вильцев, И.И. Шакиров
Научно-организационный совет
КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинский экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов)
гг. Мегион, Ханты-Мансийск

Тромбоэмболия - это острое нарушение кровообращения в тканях, развивающееся в результате закупорки сосуда сгустком форменных клеток (тромбоциты, наслоения иных структур плюс волокна белка-фибрина). В результате тромбоэмболии кровоток в сосуде прекращается, возникает ишемия ткани в бассейне окклюзированного сосуда, часто завершающаяся ишемическим инфарктом. Сегодня тромбоэмболия считается осложнением некоторых соматических заболеваний, послеоперационных и послеродовых состояний. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - относительно распространенная сердечно-сосудистая патология, остается одной из наиболее частых причин внезапной смерти больных, занимая третье место в структуре летальности от сердечно-сосудистых заболеваний, второе - в ряду причин внезапной смерти и является наиболее частой причиной госпитальной летальности. По данным исследований, заболеваемость венозным тромбоэмболизмом, стандартизированная по возрасту и полу, составила от 71 до 117 случаев на 100000. В европейских странах, в частности, во Франции, ТЭЛА регистрируется до 100000 случаев, в Англии и Шотландии с ТЭЛА госпитализируется 65000, а в Италии – 60000 пациентов ежегодно. В США в год выявляют более 250000 больных, переносящих венозный тромбоэмболизм. По

данным, приведенным в руководстве «Флебология» под редакцией академика В.Савельева, в 1999 г. в Минздраве России зарегистрировано 240000 тромбозов глубоких вен (ТГВ) и 100000 ТЭЛА. Учитывая, что 4 из 5 ТГВ протекают бессимптомно, истинное число ТГВ, вероятно, составляет не менее 1 млн случаев в год. Существенное влияние на распространённость ТЭЛА оказывают такие факторы, как этническая принадлежность, возраст, пол, наличие факторов риска. Как видно из приведенных статистических данных проблема тромбоэмболии легочной артерии является актуальной. ТЭЛА - очень сложная клиническая проблема, которая нередко становится причиной острой сердечной недостаточности и смерти больного. Смертность при ТЭЛА достигает 30%. Примерно у 10% больных ТЭЛА развивается молниеносно и приводит к гибели в течение часа после появления первых симптомов. Большинство этих фатальных случаев остаются нераспознанными и диагностируются только на аутопсии. Распространенность ТЭЛА у умерших пациентов в больницах составляет примерно 12-15% по данным аутопсий.

Как и следует из названия патологического процесса, тромбоэмболический синдром складывается из двух составляющих. Первая — формирование кровяного сгустка, который в будущем сыграет основную роль в деле становления отклонения. Второй этап заключается в эмболии, то есть отрыве тромба от места развития и движении его по кровеносному руслу. Начальная фаза формируется в результате влияния сразу трех моментов. Изменение реологических свойств крови. Она становится не столь текучей. Отсюда гиперкоагулиция — избыточная свертываемость. Жидкая ткань начинает сворачиваться прямо в сосудах. Встречается подобное далеко не у всех, необходимы условия, вроде гематологических заболеваний или эндокринных расстройств. Снижение скорости

движения крови. Развивается на фоне все того же изменения ее свойств, поскольку жидкая ткань становится густой, она хуже продвигается, соответственно проявляются сторонние осложнения, вплоть до артериальной гипертензии, инсульта, инфаркта на фоне ишемии тканей. Нарушение анатомической целостности сосудов. В результате травм, вмешательств диагностических и лечебных (ятрогенный фактор) или же, как итог спонтанной деструкции тканей полых структур на фоне повышенной ломкости сосудов, приема противовоспалительных нестероидного происхождения.

Случай № 1. Мужчина, 40 лет внезапно умер на производстве. Из вредных привычек длительное курение, работа в условиях Крайнего Севера около 20 лет, последний раз проходил периодический медицинский осмотр около 6 месяцев назад – без особенностей. В ходе исследования патоморфологическими находками выступили следующие особенности. Кожные покровы лица, шеи с выраженным синеватым оттенком. Сердце увеличено в размерах, массой 520 грамм, шаровидной формы, значительно обложено жировой тканью, верхушка его закруглена, мышечная оболочка дрябловатая, тусклая, анатомический рисунок сглажен, имелись жировые прослойки. На разрезах в просвете правой и левой легочных артерий и далее в просветах долевых и сегментарных артерий тромботические неправильно - жгутообразные массы, с красно-серовато-коричневатыми, частично «матовыми» поверхностями, частично плотно прилегающие к внутренней оболочке артерий, трудноотделяемые от них в области главных и частично долевых артерий. По многим полям всех срезов определяются участки, очаги с чередующимися группами умеренно гипертрофированных и дистрофически-атрофически измененных кардиомиоцитов, среди которых прослеживаются отдельные группы клеток в состоянии

фрагментации и волнообразной деформации. В просвете крупной артерии определяются тромботические массы, спаянные с интимой сосуда, в другом срезе также в просвете артерии меньшего калибра определяются свободно лежащие тромботические массы.

Причиной смерти выступили – «Пристеночный тромбоз полостей сердца, тромбоэмболия легочной артерии с развитием острой сердечно-легочной недостаточностью», которые возникли в результате заболевания «Кардиомиопатии дилатационной».

Случай № 2. Мужчина, 38 лет, поступил на исследование. При жизни, вел спортивный образ жизни, работа также была связанна со спортом. На учете по заболеваниям не состоял, периодические медицинские осмотры проходил регулярно в врачебно-физкультурном диспансере. На секции: мужчина крепкого телосложения, скелетные мышцы хорошо выражены. Сердце шаровидной формы, дряблое с закругленной верхушкой, полости выраженно расширены, миокард бледно-коричневый, дряблый, гипертрофия миокарда (масса сердца 584 грамм, толщина правого желудочка 0,8см, левого желудочка 1,2см, межжелудочковой перегородки 1,2см), невыраженный атеросклероз венечных артерий, склероз стенок интрамуральных артерий, незначительный стромальный кардиосклероз. Внутренняя оболочка правого и левого желудочков сердца бледно-коричневая блестящая, правого предсердия коричневатая с неравномерным желтоватым оттенком, с наложениями неравномерно желтовато-красных дрябловатых масс на толщину до 0,3см, с шероховатыми поверхностями, неравномерно фиксированных к стенкам (пристеночный тромбоз). На разрезах в просвете правой и левой легочных артерий и далее в просветах долевых и сегментарных артерий тромботические неправильно - жгутообразные массы, с красно-серовато-коричневатыми, частично

«матовыми» поверхностями, частично плотно прилегающие к внутренней оболочке артерий, трудноотделяемые от них в области главных и частично долевых артерий, наиболее распространенные в правом легком. В легких наличие участков, полей геморрагического инфаркта в виде геморрагического пропитывания ткани с густой клеточной воспалительной инфильтрацией ткани, тромбоз мелких легочных артерий.

И в данном наблюдении непосредственной причиной смерти выступили «Пристеночный тромбоз полостей сердца, тромбоэмболия легочной артерии, с развитием острой сердечно-легочной недостаточностью», которые явились осложнением «Гипертрофической кардиомиопатии».

Выводы.

1. Наблюдения представляют определенный интерес для врачей клинического профиля. Имеющиеся заболевания – «Кардиомиопатии с смертельными осложнениями в виде тромбоэмболии» установлены в ходе судебно-медицинских исследований как морфологические находки. При жизни, в ходе медицинских осмотров «Кардиомиопатия» не была диагностирована.

2. Смертность при ТЭЛА, может, достигает 30% и более, однако на современном этапе развития медицинской науки, адекватная тактика ведения пациента с точной диагностикой и своевременным назначением оптимального лечения позволяет снизить этот показатель до 2-8%.

3. На наш взгляд, подобная патология, причинно-следственные связи между заболеваниями сердца и прямыми осложнениями подлежат детальному клиническому разбору в рамках клинико-анатомических конференций, с последующей разработкой предложений для клинических и практический рекомендаций.

Литература.

1. Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М., Чирков С.В. «Тромбоэмболия в хирургической практике» Профессиональная газета «ВЕСТНИК» судебно-медицинской службы № 18 г. Пермь, 2014 стр. 8-9;

2. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Никулина Л.Р., Вотинцев А.А. «Проблема ятрогений в медицине» Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики выпуск 21 г. Барнаул, 2015 стр. 179-184;

3. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Скребов Р.В., Диордица Д.В. «Тромбофлебит» Профессиональная газета «ВЕСТНИК» судебно-медицинской службы № 20-21 г. Пермь, 2015 стр. 5-6;

4. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Скребов Р.В., «Роль судебно-медицинской экспертизы в повышении качества лечебно-профилактической помощи населению» Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке Сборник докладов том 3 г. Тюмень, 2016 стр. 140-145;

5. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Елькина В.Г. «Морфологическая находка. Тромбоз» Здравоохранение Югры: Опыт и инновации выпуск № 4/13/ г. Ханты – Мансийск, 2017 стр. 54-56;

6. Кузьмичев Д.Е., Новоселов А.С., Вильцев И.М. «Экспертное наблюдение тромбоэмболии» сборник «Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика» 2018, выпуск 4 (25) г. Новосибирск, стр. 271-274;

7. Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М. «К проблеме хронического тромбофлебита» сборник научно-практических статей «Актуальные вопросы судебной медицины» выпуск 2 г. Ханты-Мансийск, 2019 – стр. 197-202;

8. Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Рыкунов И.А.,

Кузьмичева Т.Г. «Ятрогения, как следствие пассивности врача» сборник научно-практических статей «Актуальные вопросы судебной медицины» выпуск 2 г. Ханты-Мансийск, 2019 – стр. 206-213;

9. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Скребов Р.В. «К проблеме флебологии в практике врача – судебно – медицинского эксперта» в журнале Здравоохранение Югры: Опыт и инновации выпуск № 2/19/2019 г. Ханты–Мансийск, 2019 стр. 45-48;

10. Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М. «Диагноз. Расхождение диагноза» материалы III всеросийсской научно-практической конференции с международным участием декабрьские чтения по судебной медицине в РУДН: «Актуальные вопросы судебной медицины и общей патологии»/под ред. заведующего кафедры судебной медицины ФГАОУ ВО РУДН, д.м.н. Сундукова Д.В., заведующего кафедрой общей патологии и патологической физиологии имени В.А. Фролова ФГАОУ ВО РУДН, д.м.н. Благонравова М.Л. стр. 94-103;

11. Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Мисников П.В. «Патоморфологические находки. Тромбофлебит» в научно-методическом журнале «Здравоохранение Югры: Опыт и инновации» выпуск № 1/22/2020 г. Ханты–Мансийск, 2020 стр. 53-57;

12. https://cardiogid.com/tromboemboliya/#i.

АНОМАЛИИ ЗУБОВ – ВАЖНЫЙ ПРИЗНАК ПРИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ

А.И. Манин, Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский, Е.И. Манина

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Общеизвестно, что аномалии зубочелюстной системы занимают одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой области.

Учитывая необыкновенную устойчивость зубов к воздействию неблагоприятных факторов среды, особенности аномалий зубов, обладающие строгой специфичностью, могут быть использованы для опознания неизвестной личности.

В судебно-медицинской литературе имеются сведения о возможности использования анатомо-морфологических признаков, рентгенографического изображения зубов и челюстей, фотографий зубов, слепков и моделей зубов для идентификации личности. При этом в зависимости от особенностей и количества, представленных материалов, результаты экспертных исследований могут быть различными. Весьма ценными для идентификации личности являются прижизненные рентгенограммы зубов и челюстей, так как формы и относительные размеры рентгеновского изображения зубов, а также его корней, наличие различных кариозных полостей, пломб, протезов и других приобретенных особенностей достаточно индивидуальны (1,2).

Таким образом, изучения особенностей зубочелюстной системы является простым и экономичным методом, имеющим большую диагностическую значимость.

Цель исследование: на основании данных медицинских документов стоматологических учреждений, рентгенограмм и прижизненных фотографий проследить возможность идентификации неопознанных трупов по аномалиям зубов.

Материалы и методы исследования. Для изучения возможности идентификации личности по стоматологическому статусу нами на базе Российского центра судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения РФ были проанализированы 10 экспертиз идентифицированными признаками, у которых служили аномалии отдельных зубов. Установление тождества признаков проводились с использованием следующих методов: изучение стоматологического статуса в историях болезни, фотографий лица, при которых видны аномально расположенные зубы и рентгеновские снимки.

В зависимости от представленного материала каждое из этих исследований в отдельности или совокупность указанных методов являются основополагающими в установлении личности неизвестного трупа и скелетированных останков.

Сравнительному анализу подвергались записи стоматологического статуса в истории болезни с наличием аномалий зубов у неопознанного трупа.

Методика идентификации по фотоснимкам зубов основана на сравнительном исследовании сопоставляемых прижизненных фотографий, на которых видны аномальные зубы с посмертными фотографиями, производимых в том же масштабе и ракурсе. Сравнение изображений проводится способами репеража, скольжения, наложения, либо их сочетания, что определяется группой сравнительных ориентиров, хорошо отобразившихся на прижизненной фотографии с учетом сохранности зубов на черепе.

Репераж используется в тех случаях, когда хорошо отображены все сравнительные признаки: форма и ширина

коронок, тремы и диастемы, линии смыкания зубов и т.д. При данном исследовании используют простой метод, заключающийся в разметки контуров объектов или совпадающих признаков, координатный, включающий нанесение одинаковой сетки квадратов, ориентированных по одним обозначенным точкам, полигональный или алгоритмический.

Метод скольжения или совмещения используют при сравнении особенностей расположения зубов, ширины коронок зубов и межзубных промежутков. При данном методе фотография зубов исследуемого черепа разрезается посередине, поперечно изображению коронок зубов. Полученный фрагмент фотографии сопоставляют с прижизненным снимком, выявляя совпадения контуров, ширины коронок зубов, межзубных промежутков и других индивидуальных особенностей.

Основным условием для использования метода наложения является наличие прижизненной фотографии лица, на которой видны вестибулярные поверхности передних зубов для изучения совпадения линий их смыкания. Наиболее часто применяется оптический или фотографический способ наложения негативных снимков зубов на прижизненной фотографии и черепе.

Наиболее объективным материалом являются прижизненные рентгенограммы зубов и челюстей, несущих в себе информацию о врожденных и приобретенных индивидуальных особенностях организма.

Рентгеновское исследование является ведущим методом диагностики и постоянно используется при распознавании большинства заболеваний зубочелюстной системы у лиц различных возрастных групп как в практике терапевтической и хирургической стоматологии, так и при ортодонтическом лечении и ортопедических мероприятиях. Оно применяется для уточнения диагноза, определения

плана и прогноза лечения, оценки динамики течения патологических процессов. Так в эндодонтии для эффективной диагностики и качественного проведения лечения требуется выполнение не менее трех рентгенологических исследований. Врач-стоматолог обязан выбрать такие методики, при использовании которых возможно было бы получить максимум информации. Кроме того, при динамическом наблюдении необходимо использовать те методики, которые дают возможность получить идентичное изображение исследуемой области.

Объективный характер идентификации личности по рентгенограммам позволяет рекомендовать при обнаружении у неопознанного трупа аномалий зубов и следов зубоврачевания производить рентгенографию таких зубов на случай последующего сравнительного исследования, так как рентгенологический метод является ведущим в диагностике и оценке проводимых вмешательств.

Результаты исследования. При анализе 10 экспертиз идентифицированными признаками, у которых служили аномалии отдельных зубов, были получены следующие результат:

С использованием одонтологических карт было идентифицировано 7 трупов.

Идентификация личности по фотографиям лица внесла решающее значение в 4 экспертизах.

ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ

Д.Е. Кузьмичев заведующий Восточного зонального отдела, врач – судебно-медицинский эксперт, секретарь Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Р.В. Скребов начальник, врач – судебно-медицинский эксперт, председатель Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
П.В. Мисников заместитель начальника по экспертной работе, врач - судебно-медицинский эксперт КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
И.М. Вильцев заведующий филиалом «Отделение в г. Мегиона» Восточного зонального отдела врач – судебно-медицинский эксперт, член Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

На основании вкуса и запаха его невозможно отличить от этилового спирта, что является причиной отравлений при употреблении алкоголя неизвестного происхождения (содержащего метанол вместо этанола). Быстро всасывается из пищеварительного тракта. Пиковая концентрация в крови достигается через 30–60 мин после употребления. Немного из литературных источников. Метиловый спирт (лат. methyl ipsum), метанол, древесный спирт, CH4O - простейший из алкоголей CH3OH. В свободном состоянии встречается в соке некоторых растений (Гутцейт и Макенн) и в водном дистилляте плодов Heracleum'a (Гутцейт), открыт Тейлором (Ph. Taylor, 1812) в продуктах сухой перегонки дерева; изучен Дюма и Пелиго (Dumas, Peligot; 1831). В чистом виде представляет бесцветную подвижную жидкость с характерным своеобразным запахом, мало отличающимся от этилового и жгучим неприятным

вкусом; кипит при 64,7°; удельный вес при 15°— 0,796; с водой, винным спиртом, эфиром, жирными и эфирными маслами смешивается во всех пропорциях; при смешении с водой наблюдается нагревание и уменьшение объема. Применяют метиловый спирт в химической, нефтяной, газовой промышленности, главной областью применения метилового спирта является производство формальдегида. Метанол сильный, преимущественно нервный и сосудистый яд, с резко выраженным кумулятивным эффектом. Доза метилового спирта в 10-15 (до 30) мл может оказаться смертельной. Попадая в организм метиловый спирт, так же как и этиловый спирт в печени под воздействием фермента алкогольдегидрогеназы (далее по тексту АДГ) окисляется (приблизительно 90%), остальные 10% выделяются в неизмененном виде. Сам по себе метиловый спирт обладает умеренной токсичностью, в основном связанной с угнетением ЦНС, но в результате его окисления в печени образуются промежуточные продукты полураспада: формальдегид и муравьиная кислота, обладающие высокой токсичностью. Наиболее опасное осложнение при отравлении метанолом — слепота, наступает в результате нарушения формальдегидом и муравьиной кислотой окислительного фосфорилирования в ткани сетчатки глаза и зрительного нерва. Продукты полураспада метанола также оказывают токсическое воздействие на ЦНС и другие органы и системы. Окисление метанола идет гораздо медленнее, чем этанола. Важно знать, что этанол обладает большим сродством к АДГ, т. е. конкурирует с метанолом и, таким образом, задерживает его окисление. Поэтому, если при отравлении метанолом вводить этанол, последний, в силу своего большего сродства, захватывается АДГ в первую очередь, в результате чего метанол будет выделяться через легкие и почки, минуя расщепление в печени. Исходя из этого, зная дозу выпитого метанола, можно рассчитать,

сколько времени нужно больному вводить этанол в качестве антидота. Обычно, как уже было сказано выше, достаточно небольшого количества метилового спирта для острого отравления и наступления смерти человека.

Наблюдение № 1. Мужчина 44 лет. Обстоятельства наступления смерти к моменту судебно-медицинского исследования выяснить не удалось, на осмотр места происшествия эксперт не выезжал. Из особенностей можно выделить следующие признаки. Лицо выраженно одутловатое и синюшное. На соединительных оболочках глаз и слизистой оболочке губ множественные пылевидные красноватые кровоизлияния. Многочисленные точечные кровоизлияния под легочной плеврой и эпикардом (пятна Тардье), значительно выраженный отек и полнокровие оболочек желудка, очаговые кровоизлияния слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки, обесцвеченное содержимое двенадцатиперстной кишки и части тонкого кишечника, отек Фатерова соска. Микроскопические признаки были более информативными и включали в себя. Ишемические и нейродистрофические изменения головного мозга, капилляростазы, эндотелиоз, периваскулярный отеком в сосудах микроциркуляторного русла. В желудке расстройство кровообращения в виде венозного полнокровия, капилляростазов, мелких кровоизлияний в слизистой оболочке. Отчетливо выраженная картина шока в легких (вероятно экзотоксического), признаки острой эмфиземы, очаговые кровоизлияния. В сердце очаговые и мелкие кровоизлияния. В печени, селезенке и почках картина венозного полнокровия. Судебно-химическим исследованием обнаружена высокотоксичная концентрация метилового спирта в крови 2,6‰ (промилле), в моче 3,1‰ (промилле). Уже после исследования трупа, был выяснено, со слов, очевидцев, мужчина употреблял смешенное просроченное разливное пиво и муравьиный спирт, данный

коктейль был более предпочтителен, вероятно, добавлял что- то еще.

Наблюдение № 2. Мужчина, 50 лет. Катамнестические сведения были подобного рода, что в Наблюдение № 1. То есть, к моменту исследования умершего, у врача – судебно-медицинского эксперта каких-либо данных не было. Морфологическими особенностями вступили следующие моменты. Признаки быстро наступившей смерти: многочисленные точечные кровоизлияния под легочной плеврой и эпикардом (пятна Тардье), нарушения кровообращения в органах и тканях в виде выраженного полнокровия, жидкое состояние крови. Гистология выявила подобные патоморфологические особенности, а именно: выраженные нейродистрофические изменения головного мозга, капилляростаз в сосудах микроциркуляторного русла; гистологические признаки шока в легких, очаговые кровоизлияния; в печени, селезенке, желудке и почках картина венозного полнокровия и мелкие кровоизлияния. В результате судебно-химического исследования установлено, что в крови метиловый спирт в количестве 2,2‰ (промилле), в моче в количестве 2,7‰ (промилле). Источник метилового спирта установить не удалось.

В обоих наблюдениях на основании морфологических особенностях и результатов химической экспертизы, установлена причина смерти «Острое отравление метиловым спиртом».

Выводы. Из вышеизложенных наблюдений нами выявлены следующие закономерности.

1. Макроскопическая картина не является строго специфичной, при этом гистологические особенности могут быть в определенной степени характерными и в обязательном порядке должны быть известны и учитываться врачами – судебно-медицинскими экспертами, врачами – гистологами для верификации данного диагноза.

2. Из наблюдений, прослеживается, что врачи – судебно-медицинские эксперты не выезжали на места происшествия в составе следственно-оперативных групп, следовательно, не знали к моменту исследования обстоятельств наступления смерти, что в свою очередь крайне затрудняет установление причины смерти. Отсюда следует, что тесное взаимодействие между экспертами и правоохранительными органами по вопросам совместного осмотра места происшествия и последующего своевременного предоставления материалов проверки, в том числе и протокола осмотра места происшествия именно до начала судебно-медицинского исследования трупа является важной составляющей для ответа на поставленные правоохранительными органами вопросы.

Литература.

1. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Скребов Р.В., Диордица Д.В. «Суицидальное отравление метиловым спиртом» Вопросы судебной медицины и медицинского права г. Москва, 2014 стр. 69-74;

2. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты- Мансийск 2018, 171 с.;

3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др.. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова

Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

5. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

В 3 экспертизах сравнительное рентгенологическое исследование явилось ценным критерием, обеспечившим успешную идентификацию неопознанных трупов.

Выводы. Таким образом, учитывая устойчивость к воздействию внешней среды и высокое разнообразие аномалий отдельных зубов, можно предложить их применение для идентификации личности. С этой целью можно использовать данные медицинских документов стоматологических учреждений, рентгенограммы, гипсовые модели, прижизненные фотографии и другие источники, несущие в себе информацию об аномалиях зубов и сопоставление со стоматологическим статусом неопознанного трупа.

Литература

1. Манин А.И. Исследование анатомо-морфологических особенностей аномалий зубов и возможность их использования для идентификации личности // Дисс. канд. мед наук. (14.00.24). – М., - 2004. – 154 с.

2. Пашинян Г.А., Жаров В.В. Современные возможности идентификации личности при крупномасштабных катастрофах // Медицина катастроф: матер. Междунар. конф. – М.,1990 - С. 270-271

РАБОТА ВОСТОЧНОГО ЗОНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЗА 1-Е ПОЛУГОДИЕ 2021 ГОДА В СРАВНЕНИЕ С 1-М ПОЛУГОДИЕМ 2019-2020 ГОДОВ

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

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» г.г. Мегион, Ханты-Мансийск

Основными документами, регламентирующими деятельность Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» является положение, приказы и распоряжения Врио начальника Бюро.

Площадь территории обслуживания Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» составляет около 117212,24 квадратных километров без учета площади городов Нижневартовск, Мегион, Лангепас, Радужный, Покачи, расположенных на его территории.

Население обслуживаемой территории составляет более 500 тысяч. Иная зона обслуживания, может быть, установлена отдельным приказом или распоряжением временно исполняющего обязанности начальника Учреждения или лица его заменяющего, отличительною особенностью отдела является то, что в его составе находятся лабораторные под-разделения. Кроме того отделом осуществляется рецензионный контроль судебно-биологического отделения и молекулярно – генетической лаборатории в г. Ханты-Мансийске, где производятся судебно-биологические и генетические экспертизы.

В Восточный отдел КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в настоящее время входит 4 филиала и 2 лабораторных отделения: филиалы «Отделение

в городе Лангепасе», «Отделение в городе Нижневартовске», «Отделение в городе Мегионе», «Отделение в городе Радужный», Нижневартовское судебно-гистологическое отделение и Нижневартовское судебно-химическое отделение.

Деятельность Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» можно подразделить на несколько направлений:

1. Организационное (организация основной деятельности, исполнение нормативно-правовой базы).
2. Контроль качества и сроков производства экспертных исследований на современном этапе развития медицинской науки.
3. Взаимодействие с подразделениями Бюро.
4. Взаимодействие с правоохранительными органами, практическим здравоохранением, муниципалитетами, депутатским корпусом по вопросам работы судебно-медицинских служб.
5. Соблюдение санэпидрежима, трудовой дисциплины в Бюро.
6. Соблюдение документоведения и документационного обеспечения в отделе.
7. Соблюдение техники безопасности, охраны труда, противопожарной безопасности сотрудниками Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы».
8. Консультативная деятельность сотрудниками отдела, сторонним организациям и физическим лицам.
9. Выполнение сложных и особо сложных экспертных исследований.
10. Организация научно-практических судебно-медицинских конференций в отделе (в том числе КИЛИ, ЛКК). Публикации научных работ в медицинских и

немедицинских изданиях. Учебы, семинары, совещания по различным вопросам деятельности.
11. Плановый и внеплановый инспекционный контроль деятельности подведомственных структурных подразделений. Служебные проверки.
12. Контроль материально-технического обеспечения, в том числе медицинского оборудования, заявок, подведомственных структурных подразделений.
13. Выполнение отдельных поручений Врио начальника, и лиц его заменяющих.
14. Организация и контроль на подведомственной территории бригады быстрого реагирования в случаях ликвидации последствий аварий и катастроф.
15. Контроль медицинской этике, деонтологии, субординации, служебной тайны в отделе.
16. Контроль антитеррористической безопасности, антикоррупционной политике в отделе.
17. Общие вопросы.

Все филиалы и отделения отдела являются структурными подразделениями Бюро.

ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Основной целью деятельности филиалов и отделений является обеспечение потребностей судов и правоохранительных органов, органов государственной власти и муниципального образования, а так же лечебно-профилактических учреждений и граждан в услугах судебно-медицинской экспертизы и в разрешении иных вопросов медицинского и биологического характера.

Основными видами деятельности являются проведение

судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов и проведение судебно-медицинских экспертиз, исследований и освидетельствований потерпевших, обвиняемых и иных лиц.

3.1 Судебно-медицинская экспертиза (исследование) трупов.

Количество экспертных исследований трупов

год	2019 1-е полу-годие	2020 1-е полу-годие	2021 1-е полу-годие	темп прироста (убыли) %
Общее количество аутопсий	646	723	784	21,4%
Насильственная смерть	137	155	136	0,7%
Ненасильственная смерть	482	544	601	24,7%
Причина смерти не установлена	27	24	47	74,1%
COVID-19	0	0	7	увеличение на 7 случаев

Отмечается увеличение количества проведенных аутопсий в 2021г. по сравнению с 2019-2020 гг.

Сроки проведения экспертиз (исследований) трупов

Сроки	2019 1-е полу-годие	2020 1-е полу-годие	2021 1-е полу-годие	темп при-роста (убыли) %
До 14 дней	208	103	266	27,8%
15-30 дней	438	618	518	18,2%
свыше ме-сяца	0	2	0	0

Судебно-медицинская экспертиза (исследование) живых лиц.

При производстве судебно-медицинских экспертиз и освидетельствований потерпевших, обвиняемых и иных лиц основной задачей является определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Установить степень тяжести вреда здоровью не всегда представляется возможным по ряду объективных причин (не ясен исход вреда, отсутствие медицинских документов или достаточных данных в медицинских документах, по другим причинам).

Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц	2019г.	2020г.	2021г.	темп прироста/ убыли,%
оценка вреда здоровью	2563	2363	1942	-30,6%

Определение половых состояний (преступлений)	23	24	33	43,4%
Итого:	2759	2387	1975	-30%

Сроки проведения экспертиз (освидетельствований) живых лиц

Судебно-медицинская экспертиза/исследование живых лиц	2019 г.	2020 г.	2021 г.	Динамика,%
До 14 дней	2596	2222	1875	-27,7%
15-30 дней	163	165	100	-38,6%
Свыше месяца	0	0	0	Без динамики
Итого:	2759	2387	1975	-30%

Отмечается значительное снижение сроков производства экспертных исследований по живым лицам.

Количество проведенных судебно-гистологических исследований

2019 г.	2020 г.	2021 г.	Динамика, %
674	730	799	18,5%

Сроки проведения экспертиз/исследований

	2019г.	2020г.	2021г.
до 7 дней	356	151	183
8-14 дней	301	518	545
15-21 день	17	60	71

22-30 дней	0	1	0
Свыше месяца	0	0	0

Количество проведенных судебно-химических исследований

2019г.	2020г.	2021г.	Динамика, %
818	954	1565	91,3%

Все судебно-химические исследования выполнены в срок до 7 дней.

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Количество проведенных рецензий на акты судебно-медицинского освидетель-ствования, судебно-медицинского исследования, (заключения экспертов) врачей судебно-медицинских экспертов за первое полугодие 2021 год в сравнении с 2019-2020гг.

	2019г.	2020г.	2021г.	Динамика, %
Общее количество	660	472	529	-19,8%
По живым	400	267	300	-25%
По трупам	238	200	226	-5%
По поручению начальника	22	5	3	-86,3

Отмечается снижение рецензий в связи с тем, что в 2019 году была проведена тотальная проверка актов судебно-медицинских исследований (заключений экспертов) по

заболеваниям системы кровообращения, новообразования, сахарного диабета, ЦВЗ.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ, СУДАМИ

Взаимодействие с правоохранительными органами и судами

Вид деятельности	1-е полугодие			Темп прироста/ убыли в %
	2019 г.	2020 г.	2021 г.	
Общее число консультаций работникам правоохранительных органов	835	723	597	-28,5%
по живым лицам	650	518	404	-38%
по трупам	185	205	193	4,3%
Общее число участий в следственных экспериментах	10	9	10	Без динамики
по живым лицам	8	5	8	Без динамики
по трупам	2	4	2	Без динамики
Общее число участий в судебных заседаниях	25	5	10	-60%
по живым лицам	18	4	7	-61,1%
по трупам	7	1	3	-57,1%

ИНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭКСПЕРТОВ

Анализ по количеству выездов врачей-судебно-медицинских экспертов на место происшествия, участия в следственных экспериментах, в судебных заседаниях, участия в комиссиях по разбору летальных исходов (КИЛИ),

в тематических конференциях.

Анализ иной деятельности экспертов

Показатели	1-е полугодие			Темп прироста/ убыли в %
	2019 год	2020 год	2021 год	
Выезды на место происшествия	212	177	225	6,1%
Участие в КИЛИ, КАК	31	24	32	3,2%

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

С 2017 года усилиями администрации учреждения создано и успешно функционирует по своему уникальное структурное подразделение бюро – Научно-организационный совет (далее по тексту - Совет), правовую основу которого составляют: федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»; нормативные документы Минздрава РФ; коллективный договор учреждения; положение о Научно-организационном совете КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» от 13.02.2017; иные нормативные документы, касающиеся сферы деятельности Научно-организационном совете КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

В сферу деятельности Совета входят сбор информации о научно-исследовательской деятельности, развитие научной, научно-организационной инфраструктуры, планирование, координация и контроль научно-исследовательской деятельности всех подразделений Учреждения, организация научно-практических мероприятий (совещаний, конференций, семинаров, круглых столов, другое) с целью улучшения инновационной деятельности, улучшение инвестиционной привлекательности выполняемых

научно-исследовательских работ, совершенствование методов управления и организации научно-практической деятельности с учетом новых социально-экономических условий.

Основополагающими функциями совета являются: осуществление перспективных текущих и плановых научно-исследовательских работ и организационных мероприятий; анализ состояния инновационной деятельности в масштабах Учреждения и всех его структурных подразделений; организация и проведение научно-практических конференций, семинаров, совещаний, симпозиумов; сбор информации о научно-исследовательской деятельности Учреждения и составления годовой отчетности; разработка нормативной базы по организации научно-исследовательской деятельности Учреждения; разработка и внедрение предложений по совершенствованию научно-исследовательской деятельности Учреждения, практических рекомендаций по рациональной организации документооборота; организация научных и научно-практических связей с ВУЗами, научными учреждениями, иными организациями (российскими и зарубежными); обобщения опыта молодежной научно-исследовательской деятельности; представления Учреждения на различных мероприятиях по инновационной деятельности; учет и отчетность по использованию на практике инновационных предложений работников Учреждения; оценка структурных подразделений, работ в области научной деятельности; контроль выполнения заданий, предусмотренных планами научно-исследовательских работ, договорных обязательств.

За текущий период деятельности Совета, т.е. с момента организации по настоящее время проделана следующая научно-практическая деятельность:

- вышла в свет монография «О роли морфометрии сердца в практической деятельности врача - морфолога»;

- учебно-методические пособия «Основы морфометрии печени»; «Диффузное аксональное повреждение головного мозга в практике врача - танатолога»; «Топографо – анатомические особенности исследования трупов новорожденных»; «Биохимические методы исследования биологических объектов в судебно – медицинской экспертизе»; «Анализ смертельных отравлений химической природы на территории ХМАО-Югры», выпуск 1; «Анализ смертельных отравлений химической природы на территории ХМАО-Югры», выпуск 2; «К проблеме авиационной травмы»; «Диагностическое значение уровня гликогена в постмортальном периоде в зависимости от причины смерти»; «Особенности производства судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях»; журнал «Расширенная научно-практическая региональная конференция. Опыт работы организационно-методических служб государственных учреждений судебно-медицинской экспертизы УрФО».

Работы специалистов Совета, посвящены различным разделам медицины, в том числе ятрогенной патологии, дефектов оказания медицинской помощи, профилактической и лечебной деятельсноти. На постоянной основе организован и ежегодно издается сборник научно-практических статей «Актуальные вопросы судебной медицины».

Коллегами Учреждения разработаны и изданы более 230 работ, среди них: с врачами стоматологами «Изолированный перелом нижней челюсти привел к смерти»: с врачами патологоанатомами «Голодная смерть в 21 веке», с врачами терапевтами «Талассемия в условиях крайнего севера»; с врачами хирургами «К вопросу диагностики повреждений сердца»; со следователями «К вопросу раскрытия особо тяжкого преступления по «Горячим следам»; с врачами рентгенологами «К вопросу диагностики аневризмы грудной части аорты»; с врачами акушер- гинекологами «Проблема

ятрогений в медицине» и многие другие, охватывающие разные врачебные специальности. Научно-практические работы издаются в профессиональных сборниках, журналах, газете.

На сегодняшний день, категорически не хватает финансирования, для формирования научно-практических связей с кафедрами судебной медицины и медицинского права РУДН и Московского государственного медико-стоматологического университета, МИАЦ ХМАО-Югры, МИАЦ Тюменской области, курсом судебной медицины Медицинского института БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутского государственного университета», Приволжско-Уральской ассоциации судебных медиков.

В рамках работы Совета, совместно с коллегами организованы и проведены в г. Мегион, г. Нижневартовск следующие научно-практические тематические судебно-медицинские конференции: черепно-мозговая травма. Причины, патогенез, классификация, танатогенез, патоморфологические особенности; отравление наркотическими и сильнодействующими препаратами. «Дизайнерские наркотики», алгоритм межведомственного взаимодействия учреждений; ишемическая болезнь сердца, острые формы, анализ, статистика, профилактические мероприятия; дефекты обследования, лечения пациентов с артериальной гипертензией, летальность; онкологические заболевания, структура причин летальности, особенности диагностики; кожные онкологические заболевания, меланома; особенности оформления медицинской документации, технические врачебные ошибки; наркотики, дезоморфин, комплекс профилактических мероприятий; множественные травмы органов и скелета, особенности диагностики, профилактика травматизма; перинатальная смертность, причины смерти, методы профилактики на всех этапах; дисплазия соединительной ткани,

«скрытое» течение; особенности течения, диагностики, лечения пневмоний у детей; менингококовая инфекция, детальный анализ и разработка действенных мер профилактики; онкологические заболевания у детей; вирус иммунодефицита человека; сердечно-легочная реанимация, практические навыки, острые состояния. Оказания неотложной медицинской помощи; описторхоз. Алкогольная болезнь печени, формирование здорового образа жизни. Проблема алкоголизма и пьянства в современном обществе; тромбоэмболия легочной артерии, особенности профилактике осложнений в хирургической, травматологической и акушерско-гинекологической практике; ятрогенная патология, врачебные ошибки, профилактика; биологическая смерть. Особенности работы скорой медицинской помощи, участковых терапевтов при осмотре трупа; диагноз, рубрики, особенности формулирования. Комбинированный диагноз.

Категории расхождений; пропаганда здорового образа жизни; профилактика летальности и особенности диагностики на разных этапах оказания медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой патологии, заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной и нервной системы; особенности патоморфологии, диагностики и профилактики эмболий, шоков разной этиологии; особенности производства сложных комиссионных и комплексные экспертных исследований; акушерско-гинекологические судебно-медицинские экспертизы, критерии определения половой зрелости у лиц 14-16 лет женского и мужского пола, основные этапы взаимодействия с врачами клинического профиля; грипп, типы, молниеносные и тяжелые формы, особенности диагностики, лечебной тактике и профилактики на основе особенностей секции; взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями детского профиля

по выявлению и профилактике домашнего, школьного и уличного насилия в отношении детей; особенности взаимодействия с врачами – акушер-гинекологами и педиатрами по профилактике перинатального поражения ЦНС, мероприятия по снижению летальности по материалам судебно-медицинских исследований детей; нормативно-правовые акты РФ о взаимодействие практического здравоохранения и государственных экспертных учреждений; анализ летальности, пациентов наблюдающихся в учреждениях здравоохранения населенных пунктов, расположенных на территории обслуживания Восточного отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», профилактика летальности.

Это далеко не полный список тематических конференций, проведенный совместно с лечебными организациями. В основе всех проведенных конференций лежат реальные результаты судебно-медицинских исследований умерших от соответствующей патологии или иные экспертные исследования. В данном вопросе очень много зависит от желания и понимания лечебно-профилактических учреждений о необходимости присутствия лечащих врачей на исследованиях умерших от различных заболеваний, отравлений, травм и их сочетаний, возможности с помощью судебно-медицинских экспертов выявлять и понимать структурные и морфо-функциональные изменения в различных тканях и органах. И как итог - проводить такие конференции с привлечением врачей разных специальностей, цель которых должна быть понятной и единой. Разумеется, подобные мероприятия помогут избежать ошибок и более эффективно разрабатывать, внедрять в практику диагностические и профилактические стандарты.

Таким образом, вся работа Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» максимально направлена на прикладное значение для

врачей – судебно-медицинских экспертов, лабораторных подразделений, врачей статистиков Учреждения, содействие развитию научной и инновационной деятельности Учреждения, осуществление содействия и улучшении качества экспертных исследований на основе научной новизны, внедрению в практику новых методов, повышение деловой квалификации специалистов структурных подразделений Учреждения, консультативных услуг, разработке нормативных, информационных и методических материалов для предоставления в структурные подразделения. Создаются предпосылки для более тесного профессионального взаимодействия врачей клинического профиля и морфологов, преемственности в медицине, что, в конечном счете, в средне- и долгосрочной перспективе положительно влияет на весь лечебный процесс, в том числе и доказательную медицину и дает полное представление о заболеваниях, их диагностике, профилактике и лечении.

Следовательно, работа Совета направлена на преемственность между наукой и практикой, между работой врачей клинического профиля и морфологов.

ВЫВОДЫ

Вышеизложенное позволяет говорить о стабильной непрерывной работе филиалов и отделений Восточного зонального отдела КУ ХМАО–Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за указанный период времени. Филиалы и отделения соответствуют современному уровню государственного экспертного учреждения судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации.

Филиалы и отделения выполняют значительный объем работы по всем видам исследований.

В структуре общей смертности преобладает ненасильственная смерть. Наиболее частая ее причина: заболевания системы органов кровообращения. Год за годом

увеличивается смертность от онкологических заболеваний, такие случаи стабильно занимают второе место среди случаев ненасильственной смерти.

В структуре насильственной смертности преобладают летальные случаи от механической травмы, механической асфиксии и отравлений. Основными причинами смерти от механической травмы являются автомобильная травма и травма от действия тупыми твердыми предметами.

При анализе экспертиз и исследований потерпевших, обвиняемых и других лиц установлено, что подавляющее большинство повреждений возникло от действия тупых предметов, что связано с наибольшей доступностью и распространенностью тупых твердых орудий в быту.

Литература.

1. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Раннев А.Ю. Голодная смерть в 21 веке (случай из практики) / Актуальные вопросы судебно-медицинской науки и практики. Посвященный 60-летию образования государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы». - г. Тюмень, 2013. - С. 57-60;

2. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты- Мансийск 2018, 171 с.;

3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

5. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

СИБИРСКАЯ ЯЗВА ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ВИДИМЫЕ ПРИЗНАКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ НАРУЖНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ВСКРЫТИИ ТРУПАВ ПОГИБШИХ ОТ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

А.А. Ковалев, Р.А.Фаткулин

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета Скребов Р.В.)

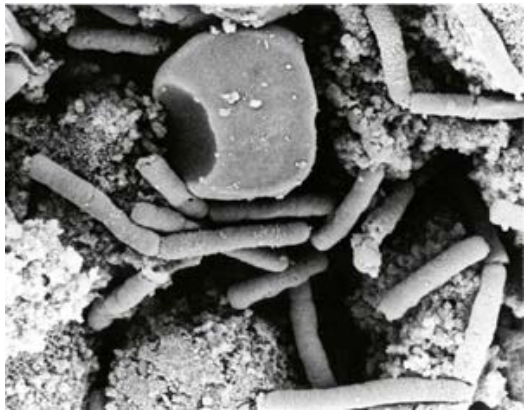
п. Игрим

Сибирская язва известна с древних времен, ее называли злокачественным карбункулом или антраксом. Болезнь известна с древнейших времен под названиями «священный огонь», «персидский огонь» и др., неоднократно упоминалась в сочинениях античных и восточных писателей и учёных. Подробное описание клиники этой болезни было сделано французским врачом Мораном в 1766 году.Свое современное название заболевание получило по региону распостранения в 18-19 веке. В дореволючиенной России заболеванием было охвачено значительная часть территории урала и сибири.Сибирская язва довольно заразна

и вызывает большое количество летальных исходов. Споры возбудителя хранятся в почве столетиями. Инфекция, которая попала в землю вместе с умершим животным еще во времена Александра Македонского, остается активной. Последний раз эпидемия сибирской язвы в нашем регионе была зарегистрирована в 1941 году. В 2007 году была отменена обязательная вакцинация от инфекции в связи с тем, что в эпидемических очагах на протяжении ряда лет ученые не обнаружили в почве спор сибирской язвы.Однако, летом 2016 года произошла вспышка сибирской язвы, поразившая Ямало-Ненецкий округ впервые за 75 лет. Известно о смерти 12-летнего ребенка. Заболевание было обнаружено у 20 человек. Карантин в Ямальском районе округа был введен с 25 июля. Тогда же стало известно о массовом падеже животных: от сибирской язвы умерли больше 2 тысяч оленей. Установлено, что данная вспышка болезни произошла после активации очагов (вымывания спор на поверхность) во время половодий, раскопок или таяния льда.

Сибирская язва- острая инфекционная болезнь из группы бактериальных зоонозов, вызывается спороносной бациллой сибирской язвы, протекает, в зависимости от места внедрения возбудителя, в кожной (95%) или генерализованной форме.

Этиология. Возбудитель - Bacillus anthracis палочка длиной 6-10 мкм и шириной 1-2 мкм. Она неподвижна, окрашивается по Граму, образует споры и капсулу. Хорошо растет на различных питательных средах. Вирулентность возбудителя обусловлена наличием капсулы и экзотоксина. Помимо пенициллина возбудитель сибирской язвы чувствителен также к антибиотикам тетрациклиновой группы, левомицетину, стрептомицину, неомицину.



Бактерии сибирской язвы

Возбудитель заболевания был почти одновременно описан в 1849—1850 годах сразу тремя исследователями: А. Поллендером, Ф. Брауэллем и К. Давеном. В 1876 году Р. Кох выделил его в чистой культуре. Из всех патогенных для человека бактерий возбудитель сибирской язвы был открыт первым. Общепринятое на сегодняшний день наименование сибирской язвы — *антракс*, от др.-греч. «уголь, карбункул»: такое название было дано по характерному угольно-чёрному цвету сибиреязвенного струпа при кожной форме болезни.

Эпидемиология. Источник инфекции - домашние животные. Заражение может наступать при уходе за больными животными, убое скота, обработке мяса, а также при контакте с продуктами животноводства (шкуры, кожи, меховые изделия, шерсть, щетина), обсемененными спорами сибиреязвенного микроба. Заражение имеет преимущественно профессиональный характер. Заражение может наступать через почву, в которой споры сибиреязвенного возбудителя сохраняются в течение многих лет. Споры попадают в кожу через микротравмы; при алиментарном инфицировании (употребление зараженных продуктов) возникает кишечная форма.

Передача возбудителя может осуществляться аэрогенным путем (вдыхание инфицированной пыли, костной муки).

Патогенез. Воротами инфекции для сибирской язвы обычно является повреждённая кожа. В редких случаях (в случае реализации аэрогенного или алиментарного механизма передачи) бацилла внедряется через слизистые оболочки дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. На месте внедрения возбудителя в кожу возникает сибиреязвенный карбункул в виде очага серозно-геморрагического воспаления с некрозом, отеком прилегающих тканей и регионарным лимфаденитом. Местный патологический процесс обусловлен действием зкзотоксина сибиреязвенной палочки, отдельные компоненты которого вызывают выраженные нарушения микроциркуляции, отек тканей и коагуляционный некроз.

Генерализация процесса: В большинстве случаев болезнь протекает в локализованной форме с образованием кожного карбункула и значительно реже - в генерализованной форме. Возбудитель сибирской язвы некоторое время находится в лимфатических узлах, где часть бацилл погибает, а остальные попадают в кровяное русло, наступает бактериемия. В подавляющем большинстве больных (98-99%) процесс не переходит в генерализованную форму и только в 1-2% случаев бактериемия завершается генерализацией процесса, развивается сибиреязвенный сепсис. Генерализация инфекции с прорывом возбудителей сибирской язвы в кровь и развитием септической формы происходит при кожной форме сибирской язвы чрезвычайно редко. Клиника генерализации сибиреязвенной инфекции, вне зависимости от формы — кожной или висцеральной, — при крайнем многообразии проявлений в начальном периоде болезни в терминальной стадии однотипна: она сопровождается выходом в периферическую кровь сибиреязвенных бактерий, концентрация которых достигает сотен тысяч и

миллионов бактериальных клеток в 1 мм³ крови, что может рассматриваться как сибиреязвенный сепсис, и представляет собой клинику инфекционно-токсического шока. Это тяжёлые нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови, ацидоз, острая почечная недостаточность, падение температуры тела ниже нормы, сильнейшая интоксикация.

Классификация:

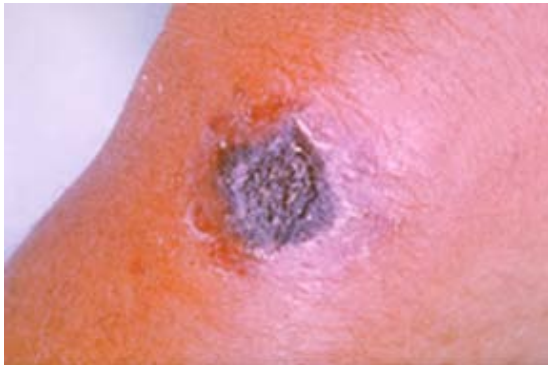
1. Кишечная форма (при употреблении в пищу зараженного мяса)
2. Легочная форма (при вдыхании спор, при работе с мехом, шкурой больного животного)
3. Кожная форма (при попадании спор микробов в кожу при наличии ссадин, потертостей, уколов, расчесов)
4. Септическая форма.

Кожная форма

Кожная форма сибирской язвы обычно возникает, когда споры *B. anthracis* проникают через повреждения на коже. Эта форма обычно встречается, когда человек взаимодействует с инфицированными животными и/или продуктами животного происхождения. Встречается в 98—99 % всех случаев сибирской язвы. Наиболее частой её разновидностью является карбункулёзная форма, реже встречаются эдематозная, буллёзная и эризипилоидная форма. Поражаются преимущественно открытые части тела; особенно тяжело протекает болезнь при локализации карбункулов на голове, шее, слизистых оболочках рта и носа. Обычно карбункул бывает один, но иногда их количество доходит до 10-20 и более. На месте входных ворот инфекции последовательно развивается пятно, папула, везикула, язва. Безболезненное пятно красновато-синего цвета и диаметром 1—3 мм, имеющее сходство со следом от укуса насекомого, через несколько часов переходит в папулу медно-красного цвета. Нарастает зуд и ощущение жжения. Через 12—24

часов папула превращается в пузырёк диаметром 2—3 мм, заполнены жидкостью, которая темнеет и становится кровянистой. При расчёсывании (иногда и самопроизвольно) пузырёк лопается, и на его месте образуется язва с тёмно-коричневым дном, приподнятыми краями и серозно-геморрагическим отделяемым. Через сутки язва достигает 8—15 мм в диаметре. В результате некроза центральная часть язвы через 1—2 недели превращается в чёрный безболезненный плотный струп, вокруг которого имеется выраженный воспалительный валик красного цвета.

Это наименее опасная форма, имеющая низкую летальность при лечении. Без лечения около 20 % случаев кожной инфекции кожи прогрессируют до токсемии и смерти. В отличие от синяков (кровоподтеков) или большинства других повреждений, кожные повреждения сибирской язвы обычно не вызывают боли. Соседние лимфатические узлы могут покраснеть, увеличиться и приносить боль. Вскоре над повреждением образуются струпья, которые пропадут через несколько недель.



Внешний вид сибироязвенных карбункулов на различных стадиях развития

Лёгочная форма

Респираторная инфекция у человека встречается относительно редко и представляет собой две стадии. Она заражает лимфатические узлы сначала в грудной клетке, а не в самих лёгких, вызывая состояние, называемое геморрагическим медиастинитом, проявляется в скоплении кровянистой жидкости в средостениях, что вызывает одышку. Первый этап вызывает простудные и гриппоподобные симптомы. Симптомы включают в себя лихорадку, одышку, кашель, усталость и озноб. Это может длиться от часов до дней. Часто многие смертельные случаи от ингаляционной сибирской язвы происходят тогда, когда она ошибочно принята за простуду или грипп и пострадавший не ищет лечения до второй стадии, что на 90 % смертельно. Вторая (пневмония) стадия возникает, когда инфекция распространяется из лимфоузлов в лёгкие. Симптомы второй стадии развиваются внезапно после часов или дней первой стадии. Симптомы включает высокую температуру, крайнюю одышку, шок и быструю смерть в течение 48 часов при смертельных случаях. Уровень смертности в прошлом составлял

более 85 %, однако при раннем лечении (наблюдавшемся при заболеваниях сибирской язвой в 2010 г) наблюдаемый уровень смертности снизился до 45 %. Легочная форма была зафиксирована в США, когда в террористических целях рассылали конверты со спорами, – это самый тяжелый вариант инфекции. Практически стопроцентный летальный исход без срочного медицинского вмешательства: люди теряют сознание и умирают в течение нескольких часов после заражения.

Кишечная форма.

Желудочно-кишечная форма инфекции чаще всего вызвана потреблением мяса, инфицированного сибирской язвой, и характеризуется диареей, потенциально с кровью, болями в животе, острым воспалением кишечного тракта и потерей аппетита. Периодически может возникнуть рвота кровью. Повреждения в виде язв обнаруживаются в кишечнике, а также во рту и горле. После того, как бактерии вторгаются в пищеварительную систему, она распространяется в кровоток и по всему телу, продолжая при этом производить токсины. Инфекции ЖКТ можно вылечить, но обычно они приводят к летальному исходу от 25 % до 60 %, в зависимости от того, как скоро начнется лечение. Эта форма сибирской язвы — редчайшая.

Септическая форма

Септическая форма встречается довольно редко. Заболевание начинается остро с озноба и повышения температуры до +39…+40 °С. Наблюдаются выраженные тахикардия, одышка, тахипноэ, боли в груди и кашель с выделением пенистой кровянистой мокроты. Определяются признаки пневмонии и плеврального выпота. При развитии инфекционно-токсического шока возникает геморрагический отек легких. В крови и мокроте обнаруживают большое количество сибиреязвенных бактерий. У части больных появляются боли в животе,

присоединяются тошнота, кровавая рвота, жидкий кровянистый стул. В последующем развивается парез кишечника, возможен перитонит. Обнаруживаются симптомы менингоэнцефалита. Инфекционно-токсический шок, отек и набухание головного мозга, желудочно-кишечное кровотечение и перитонит могут явиться причиной летального исхода уже в первые дни заболевания.

Диагностика: Диагноз ставится на основе клинико - эпидемиологических и лабораторных данных. Лабораторная диагностика включает бактериоскопический и бактериологический методы, а в целях ранней диагностики - иммунофлюоресцентный. Применяют также аллергологическую диагностику сибирской язвы путём внутрикожной пробы с антраксином, дающей положительные результаты после 5-го дня болезни. Материалом для лабораторного исследования являются содержимое везикул и карбункулов, а также мокрота, кровь, испражнения и рвотные массы при септической форме. Сибирскую язву дифференцируют с сапом, банальными фурункулами и карбункулами, чумой, туляремией, рожей, пневмониями и сепсисом иной этиологии.

Вскрытие трупов погибших от сибирской язвы

Порядок исследования трупов лиц, погибших от сибирской язвы, регулируется Санитарно-эпидемическими правилами **СП 3.1.7.2629-10**, которые устанавливают основные требования к комплексу организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения заболеваний сибирской язвой среди людей.

Согласно п.12.1. указанных выше **Санитарно-эпидемиологические правил** СП 3.1.7.2629-10 «Трупы людей, умерших от сибирской язвы с лабораторным подтверждением диагноза, вскрытию не

подвергаются». Это связано с тем, что при доступе кислорода, в нейтральной и слабощелочной среде, температуре от +12 °С до +42 °С возбудитель сибирской язвы образует споры, которые обладают исключительной устойчивостью во внешней среде. Запрет на вскрытие трупов животных, павших от сибирской язвы, связан также с опасностью заражения людей этим возбудителем и рассеиванием его во внешней среде. В случае крайней необходимости вскрытие трупа сибиреязвенного больного производит только врач-патоморфолог (желательно в присутствии специалиста-эпидемиолога, специалиста по особо опасным инфекциям) с обязательной последующей заключительной дезинфекцией помещений, всех предметов, инструментария, бывших в употреблении халатов, перчаток, обуви и других.

Морфологические изменения в трупах**,** погибших при генерализованной форме болезни, тем ярче, чем медленнее протекала болезнь, за исключением атипичного и хронического течения. Особенно характерными патологические изменения бывают при остром и подостром течении.

Труп сильно вздут, окоченение отсутствует или выражено очень слабо. Лишь у Из естественных отверстий выделяется пенистая кровянистая жидкость, иногда кровь; их слизистые оболочки цианотичны и усеяны кровоизлияниями. Разложение наступает очень быстро.

Подкожная клетчатка пронизана точечными кровоизлияниями и пропитана серозно-геморрагическим инфильтратом желтоватого цвета. Сосуды подкожной клетчатки переполнены кровью. Поэтому кожа с трупа имеет с внутренней стороны тёмно- красный цвет. Подобные инфильтраты находят также под листками костральной и лёгочной плевры, в брыжейке, уздечке языка. Серозные оболочки местами усеяны петехиями и экхимозами. Кровь тёмно- вишнёвого цвета, густая, не свернувшаяся

(дегтеобразная).

Мышцы кирпично-красного цвета, дряблой консистенции. В брюшной и грудной полостях, а также в сердечной сумке содержится большое количество мутной красноватого цвета жидкости, которая является агональным транссудатом.

На сердце под эпикардом имеются кровоизлияния. Лимфатические узлы увеличены, сочные, на поверхности могут быть точечные кровоизлияния тёмно-вишнёвого цвета. На разрезе они кирпично-красного цвета.

Селезёнка сильно увеличена (иногда в норме), полнокровная, дряблая; при извлечении расплывается на столе, теряя контуры. На разрезе размягчённая пульпа стекает в виде дегтеобразной массы. Пульпа окрашена в тёмно-красный или чёрный цвет.

Печень и почки увеличены незначительно. Они кирпично-красного или вишнёвого цвета. Рисунок дольчатого строения печени сглажен, под капсулой и на поверхности разреза имеются множественные кровоизлияния. В подслизистой почечной лоханки - серозно - геморрагический инфильтрат.

Кишечник гиперемирован, наполнен умеренно, содержимое кровянистого цвета. В кишках обнаруживают утолщения их стенок или наложения на слизистой оболочке в виде желтовато-студенистой массы. На пейеровых бляшках и солитарных фолликулах могут быть струпья и язвы с приподнятыми черноватыми краями и с отделяющимися из центра лоскутьями омертвевших тканей. В двенадцатиперстной и тощей кишках слизистая оболочка вместе с подслизистой тканью набухшие. Толстый кишечник поражается редко. Иногда на слизистой оболочке прямой кишки имеются припухлости в виде карбункулов. Они могут быть некротизированы и на их месте обнаруживают серо-коричневые струпья. Величина их зависит от размеров воспалённого фокуса. Карбункулы довольно легко

обнаруживают ещё до вскрытия кишки, т.к. они отчётливо заметны со стороны серозной оболочки, на которой имеются плёнчатые наложения фибрина. На более поздних стадиях болезни возможен выпот фибринозного экссудата. Лимфатические и кровеносные сосуды в области карбункула геморрагически воспалены, в них обнаруживаются тромбы, в затяжных случаях течения болезни - некроз, который начинается с отторжения и распада эпителия и постепенно распространяется в глубину слизистой оболочки. В просветах сосудов содержатся скопления сибиреязвенных бацилл.

Лёгкие полнокровные, отёчные. Слизистая оболочка дыхательных путей, особенно у входа в гортань, гиперемирована, отёчна, усеяна экхимозами.

Кровь тёмная (от тёмно-красного до чёрно-красного цвета), не свёртывается, по внешнему виду напоминает жидкий дёготь. На воздухе она плохо окисляется и медленно приобретает более светлую окраску.

Головной и спинной мозг гиперемированы с кровоизлияниями в вещество мозга и его оболочки. Особенно заметно пропитывание геморрагическим выпотом мягких мозговых оболочек, поражённые части имеют вид обширных плоских кровоизлияний.

Порядок выдачи и захоронения трупов лиц**,** погибших от сибирской язвы**, регулируется** Санитарно-эпидемическими правилами **СП 3.1.7.2629-10 п. 12.2, 12.3**

12.2. Кремацию и захоронение трупов людей, умерших от сибирской язвы, производится на обычном кладбище, в общих крематориях в соответствии с правилами захоронения умерших в установленном порядке.

До выноса из помещения труп укладывают в гроб, выстланный пластиковой пленкой, такой же пленкой плотно накрывают труп сверху для исключения контакта с кожей лица и рук трупа. Под пленку на дно гроба насыпают слой

сухой хлорной извести.

В виде исключения, при отсутствии гроба, допускается захоронение трупов людей, завернутых в простыню, смоченную дезинфицирующим раствором. На дно могилы и на уложенный труп насыпается хлорная известь.

12.3. По месту жительства больного (трупа) проводят дезинфекцию предметов, которые могли быть контаминированы возбудителем (сырье животного происхождения, одежда, обувь, кухонная посуда и другие).

Из представленного мной материала можем сделать вывод**,** что несмотря на то, что заболевание сибирской язвой в наше время встречается довольно редко, в нашем регионе необходимо соблюдать меры эпидемической настороженности в отношении данного заболевания, т. к. регион является очагом, где возможно периодическое проявление инфекции сибирской язвы, в связи с возможной активации очагов (вымывания спор на поверхность) во время половодий, раскопок или таяния льда. При исследованиях трупов лиц, особенно имеющих отношение к животноводству либо переработке его продуктов, необходимо обращать пристальное внимание на наличие описанных в материале внешних и внутренних признаков имеющегося заболевания. При возникновении подозрения на наличие заражения сибирской язвой действовать в соответствии с **Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.7.2629-10**, которые устанавливают основные требования к комплексу организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения заболеваний сибирской язвой среди людей. А также строго в соответствии с данными правилами производить выдачу трупов для захоронения.

Литература.

1. **Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) – под ред. Чиркова** С.В., **Скребова** Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., **Вильцева** И.М., **Кислицина** В.М., **Агзамовой** Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. - Ханты- **Мансийск** 2018, 171 с.;

2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – **Вып**. 2. / под ред. **Скребова** Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.;

3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – **Вып**. 3. / под ред. **Скребова** Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.;

4. **Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып**. 4. / под ред. **Скребова** Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. - Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

ПОУЧИТЕЛЬНЫЙ РАССКАЗ ИЛИ А ПИТЬ Я БОЛЬШЕ НЕ БУДУ

(летние северные будни)

И.В. Беккер

«…Везде темно, где я, везде темно, где ты.
И это повод для тех, кто ждет из темноты.
Объяло хутор ночь, что хоть глаза коли;
Чтобы дожить до утра, ты Бога помоли…»
Нас ждут из темноты..
Юрий (Хой) Клинских

В общем, краткое описание прошедшей ночи, которая сделала меня много мудрее. Все персонажи вымышленные, любое совпадение с реальными именам, совершенно случайны.

Итак, поехали.

14-00. Мы прибыли на место (таежный лес), место я так понял вы уже поняли какое. Вытащили резиновую лодку, пока я надувал, Микола лаконично и деликатно сказал – «Надо «жрануть» немного, иначе дело не пойдет, я не смел противиться. Когда мы, точнее я лодку надули, пришлось повторить, так как дела таки пошли.

15-00. Мы благополучно переправились через бе-

рег, прошли по просеке и вышли снова к речке. За это время нами было сделано пару остановок, чтобы укрепить наши деловые отношения. Дальше вдоль реки пошли к волшебному полю с ягодами (не буду указывать конкретное место). У Миколы к этому времени уже проснулась любовь к местной живописной природе, и он начал обнимать почти каждую березу, даже те, что уже давно лежали.

16-00. Добрались таки. Мы почти сразу приступили к делу, а потом пошел я собирать ягоды, Микола почувствовав легкую усталость во всем теле воспользовался свободным временем и уснул («мертво» и надолго).

17-00 Мне стало скучно, я решил попалить с ружья, давно мечтал.

18-00 Немного собрав клюквы, мы пошли искать хижину, с припасами еды, которую заведомо (в прошедший день) Микола заготовил. Но это было чертовский сложно и собственно ничего не предвещало беды.

19-00 Начало холодать. Уже на новом привале решили погреться, развели небольшой костерок, как оказалось, первый и последний на сегодня, спичек не было, зажигалку мы позже потеряли… Микола предложил остаться ночевать, я восприняв это как шутку, еще не знал, что это суровая, правда, жизни.

20-00 Шли дальше, но уже потемки, я уговаривал вернуться сейчас, иначе потом будет тяжело, но было слишком поздно

22-00 После многочасовых хождений, Микола деликатно и довольно лаконично, и недвусмысленно предложил расположиться на ночлег – Упав и уснув там где стоял.

22-30 Я далеко не отходя все-таки пытался найти выход, ночевать на мокрых листьях и ледяном болоте, без снаряжение и даже теплой одежды, не очень заманчивая перспектива, вышел к озеру, кричал, звал Миколу, но уверенный и методичный храп ни давал никаких шансов, шансов выбраться

сегодня отсюда.

23-00 Я растолкал таки его, обсудив недолго ситуацию, решили укладываться спать. Ибо такой в темноте искать выход почти невозможно. Легли, прижавшись к друг другу, чтобы было теплее, и это помогало.

02-00 К третьему часу перестало и это помогать. Нас начало по очереди трясти. Температура окружающей среды была около 0 (кому доводилось быть в тайге, тот поймет).

02-30 Я знал, что меня ИЩУТ. Я не мог уснуть вообще.

03-00 Начали неметь кончики пальцев ног, надо было срочно что-то предпринимать, разминал. Больше всего на свете хотелось вернуться домой простить всех врагов, обнять семью и лечь в горячую ванну и под одеяло. Ни о чем другом не думалось никак.

04-00 Сел, темень, идти рано, но очень хотелось. Микола тяжело посапывал, похоже, его организм смерился с тяготами судьбы.

05-00 Так и не уснул. Я не мог больше лежать, ни лежать, ни сидеть, ни спать. Разбудил друга. Микола в мягкой деликатной форме предложил найти ему срочно артезианской воды для вулкана. Ну, наконец, хоть какое то движение, взял ковш вышел к болоту, около 30 метров, от нашего Пентхауса, зачерпнул чистой артезианской воды и вернулся, все. Он выпил! я сходил еще, я думал, я никогда в жизни не буду пить воду из болота, я ошибался.

05-15 Ничего не предвещало беды. Светло, пора выдвигаться я сидел, мне нетерпелось рвануть бежать куда-нибудь, но подальше отсюда. Заметив краем глаза, что мой сосед рыщет что-то вокруг, я не подавал виду, к этому времени удивить меня чем-то уже было сложно. Но Микола, как всегда лаконично и деликатно парировал – «Какого …, где мое ружье?» Его можно было понять, ружья не было ни на ветках, ни на земле вокруг и ни по близости, его не было нигде, стало понятно, что злодейка судьба продолжает

с нами игры.

05-30 Мы выдвинулись-таки, светлая голова и светлое время суток, позволили сразу сориентироваться и топать в нужном направлении. Почти сразу, буквально в 500 метрах валялось наше ружье. Микола обронил его, когда в очередной раз выражал любовь к Есенинским березкам. И мы подумали, что приключения на сегодня все таки закончились, и нас ждет хорошая дорога домой Мы ошиблись, снова..

06-00 Ничего не предвещало беды. Мы были почти у лодки, движение дало свои результаты, чуть-чуть стало теплее. Подойдя к лодке, мы обнаружили ее в полунадутом состоянии, решено было срочно покачать и быстрее переплавляться на ту сторону. Насоса не было, мы оставили его в машине, решившись таки плыть. Начали. Мы на полусогнутых ногах начали грести, плыть с одним веслом против течения, в неудавшееся позе лотоса было просто бесполезно, мы вращались в этой жизни как могли, со стороны могло показаться что идут съемки «Киндзадза», ну или скорее обряд умалишенных. Было принято решение просто приплыть на тот берег и дойти до машины пешком, а не плыть против течения к причалу, как всегда лаконично и деликатно выразился мой друг Микола – «Мы … так веслом махать давай на тот берег сразу».

06-15 Переплыли я вышел и взял ведра с ягодами и грибами и прочим. Микола разговорился было видно, что все рады скорому возвращению, и сидя в лодке он зачерпнув уже речной воды выразился деликатно и лаконично в своей манере – «Ух этот адовый сушняк»!

06-30 Я вынес вещи на дорогу, до машины оставалось буквально 100 метров, как позже скажет Микола - «Счастье было так близко».

06-40 Ничто не предвещало беды. Я предложил перегнать машину ближе, чтобы не тащить лодку и вещи, Микола согласился и бросил мне ключи, а сам остался

вытаскивать и спускать лодку. Я сел в девятку, и на секунду «подвис». Посмотрел на себя, меня было не узнать трясущиеся черные руки, грязные штаны, вода в сапогах, уже ничего не чувствующие пальцы ног, отодранный до локтя рукав у комуфляжной куртки, пришлось пожертвовать на растопку огня. Навалилась бешенная усталость, придя в себя я завел быстрее авто, не столько чтобы поехать, а погреться у печки, пытаясь развернуть машину я посадил ее на брюхо в небольшом овраге, дорогу сильно подмыло.

06-45 Микола увидев это выразился лаконично безобидно и деликатно – «На какой черт я дал тебе ключи, и ты вообще какой-то невезучий».

06-50 Поняв, что приезд домой откладывается еще, вызываем машину побольше, на помощь.

07-20 Приезжает человек вытаскивает нас на то место где она стояла. Микола пытается развернуться, не получилось, авто сносит и почти делает такой же маневр, как я немного ранее и опять встаем, про мою невезучесть он больше не говорил, опять трос, машина вытаскиваем, решили не разворачиваться а ехать задом, нас сопровождает Газель.

08-00 Меня оставляют на остановке, переобувшись, всматриваюсь в проезжающие машины, наконец, увидев родное лицо жены, понимаю, это, пожалуй, самое желанное и ожидаемое возвращение домой..

П.с. Пожалуй, главное, именно родной человек всю ночь искала нас, были подняты все, в том числе и МЧС.

П.с. 2. Я больше никогда в тайгу ничего кроме чая с собой не беру.

П.с. 3. Еще раз всем спасибо за переживания и желание помочь. Любите друг друга и цените жизнь.

ПРОФИЛАКТИКА «ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК» В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С.В.Джуваляков, Е.Х.Баринов

ГБУЗ Астраханской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

В настоящее время большой резонанс в обществе вызывают случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи, которые подлежат обязательному расследованию и правовой оценке в рамках уголовного, гражданского или административного законодательства. По информации зарубежных источников, после проведения статистического наблюдения, стали известны наиболее риск-ориентированные медицинские специальности. Так для врача-общей практики риск составил 37 %, для врача-хирурга – 50%, а для врача-акушера-гинеколога – 67%.

В Российской Федерации на сегодняшний момент отсутствуют сколь достоверные статистические данные по видам и структуре так называемых «врачебных ошибок», однако, имеются разрозненные данные ряда авторов, которые указывают, что чаще других возникают ошибки при оказании стоматологической помощи, далее следуют оказание акушерско-гинекологической помощи, затем хирургической. Многие авторы ломают голову над тем, каким образом нивелировать возможные неблагоприятные

исходы при оказании помощи. Одним из таких способов может являться комплексное исследование причин их возникновения, в основе которого лежат результаты, проведенных комплексных медицинских судебных экспертиз в том числе с участием врачей-акушер-гинекологов [1].

Однако, даже на современном уровне научного познания как в медицине, так и в различных видах права, отсутствуют четкие определения таких понятий как: «врачебная ошибка» и «дефект медицинской помощи» [2]. Что влечет за собой отсутствие строго регламентированных медико-правовых последствий. По мнению А.П. Божченко и И.А. Толмачева, ошибкой может быть неправильное суждение о чем-либо, а дефект подразумевает по собой неправильное действие. Из чего следует, что не каждая ошибка приводит к возникновению дефекта, но дефект следует за ошибкой.

Итак, в соответствии со статьей 32 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ, медицинскую помощь классифицируют по видам, условиям и форме оказания. По видам медицинская помощь может быть первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и паллиативной. По условиям помощь может быть оказана вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре и стационарно. По форме помощь может быть оказана экстренно, неотложно и планово. На каждом этапе или условии, или форме могут быть допущены как врачебные ошибки, так и дефекты оказания медицинской помощи. Что требует специального подхода экспертной комиссии к каждому конкретному случаю [3].

Причиной возникновения ненадлежащего оказания медицинской помощи могут быть нарушения, допущенные медицинскими работниками как с высшим медицинским образованием, так и со средним на этапе сбора анамнеза, диагностики, консервативного или оперативного лечения,

ухода, а также профилактики. Каждый этап в свою очередь может быть разделен на различные действия, например, конкретные медицинские назначения, манипуляции, тактики ведения больных, технические средства, правильность выбора анестезиологического пособия и так далее. Однако, на оказание медицинской помощи оказывают влияние в том числе различные внешние факторы, такие как индивидуальные особенности организма, отягощенный анамнез, наличие сопутствующей соматической патологии, нарушение охранительного режима пациентами и тому подобное.

Каждое действие необходимо соотносить со стандартом (порядком, клиническими рекомендациями) оказания медицинской помощи по конкретной нозологической единице с учетом индивидуальных особенностей организма, и попытаться проследить причинно-следственные связи между действием либо бездействие медицинского работника и неблагоприятным исходом.

При правильно поставленных вопросах на разрешения комиссии экспертов инициаторами производства комплексных медицинских судебных экспертиз, при условии полноты предоставления всей медицинской документации, необходимой для дачи заключения, включения в состав комиссии высококвалифицированных специалистов в различных разделах клинической медицины, только в этом случае возможно полноценное исчерпывающее суждение о возможных причинах возникновения медицинских ошибок, надлежащего или ненадлежащего оказания медицинской помощи, установление причинно-следственных связей между ними и исходом заболевания (травмы), а также обоснованной медико-правовой оценкой в соответствии с законодательством Российской Федерации в зависимости от вида правовой ответственности (уголовной, гражданской, административной).

Для правоприменитей это приведет к производству объективного, всестороннего расследования по конкретному делу и вынесения соответствующего обоснованного вердикта. В тоже время орган управления здравоохранением сможет провести объективный анализ оказанной медицинской помощи и принять соответствующие меры, направленные на улучшение качества оказания данного вида помощи и спрогнозировать возможные медико-правовые последствия путем внесения изменений в законы и нормативно-правовые акты различного уровня.

Литература

1. Терентьева Л.В., Пашинян Г.А. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике. – Проблемы экспертизы в медицине. – Некоммерческое партнерство «Приволжско-Уральская Ассоциация судебно-медицинских экспертов», 2003. – с.11-13.

2. Божченко А.П., И.А. Толмачев. К вопросу о соотношении понятий «медицинская ошибка», «дефект медицинской помощи» и «ятрогения». – Сборник трудов VIII Всероссийского съезда судебных медиков с международным участием. – ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, 2019. – Том 2, с.173-175.

3. Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения. Авторский дайджест. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 78 с.

4. Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2013, — 164 с.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ В ДИНАМИКЕ ЗА 2017-2019 ГГ. В ФИЛИАЛЕ «ОТДЕЛЕНИЕ В ГОРОДЕ ЛАНГЕПАСЕ» ВОСТОЧНОГО ЗОНАЛЬНОГО ОТДЕЛА КУ ХМАО-ЮГРЫ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

А.В. Вершинин *заведующий филиалом «Отделение в г. Лангепасе» Восточного зонального отдела врач – судебно-медицинский эксперт, КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,*
Д.Е. Кузьмичев *заведующий Восточного зонального отдела, врач – судебно-медицинский эксперт, секретарь Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,*
Р.В. Скребов *начальник, врач – судебно-медицинский эксперт, председатель Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,*
П.В. Мисников *заместитель начальника по экспертной работе, врач - судебно-медицинский эксперт КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,*
П.П. Гаврилов *БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»*

Введение

Для оценки работы судебно-медицинской службы проводится различный анализ, определяющий ее эффективность – количество проведенных экспертиз трупов и живых лиц, сроков проведения экспертиз [3,4,13], регламентированный ведомственными документами [6,7,8]. По результатам отчетов и публикаций [3,4,6], имеется возможность оценить динамику

причин насильственной и ненасильственной смерти, которая необходима для межведомственной работы специалистов [3,11,12], обеспечения качественного выполнения функциональных обязанностей и планирования деятельности правоохранительных органов, учреждений юстиции, получение достоверных данных о масштабах правонарушений на территории [1,6]. Представленный анализ работы КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» по округу за 2015-2017 гг., показал ее эффективность по сравнению с другими регионами Уральского федерального округа [13]. Однако, в каждом отделении медицинской организации имеется определенная динамика по количеству проведенных экспертиз, структуре причин смерти, которые необходимо анализировать [4,6,13]. Целью исследования является изучение количества проведенных экспертиз трупов, структуры насильственной и ненасильственной смерти, экспертиз живых лиц и сроков проведения экспертиз в КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» **«Отделение в городе Лангепасе»** за 2017-2019 гг. и оценка профессиональной деятельности судебно-медицинского эксперта на территории.

Объекты и методы исследования

Статистический анализ работы за 2017-2019 гг. в КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Восточный отдел, Филиал «Отделение в городе Лангепасе» (далее отделение) проведен согласно: **Федерального закона от 31 мая 2001 г. N**73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»; **приказа Минздрава РФ от 12 мая 2010 г. N**346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях **РФ»**, приказа Минздрава РФ от 22 октября 2001 г. N385 «Об утверждении отраслевой статистической отчетности» (форма 42),

приказа Минздрава РФ от 24 апреля 2003 N161 «Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных **исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы»** [6,7,8,12]. **В исследовании оценивали: количество проведенных экспертиз (исследований) трупов, в структуре насильственной и ненасильственной смерти; экспертиз живых лиц; выступление судебно-медицинского эксперта в судебных заседаниях; сроки проведения экспертиз**.

Результаты

Анализ судебно-медицинской практики в филиале «Отделение в городе Лангепасе» проводится с 1994 г. Формирование и изучение ежегодных данных по оказанию медицинских услуг – прижизненных и посмертных явлений и процессов воздействия на человека факторов внешней среды, в филиале необходим для совершенствования судебно-медицинской практики и работы судебно-следственных, правоохранительных органов г. Лангепас и г. Покачи. Филиал территориально оказывает медицинские услуги жителям (коренному населению), проживающему на территории Сургутского района (сельское поселение Локосово с д. Верхне-Мысовая) и на территории Нижневартовского района (с.п. Аган, месторождения), г. Лангепас и г. Покачи. Особенностью в работе экспертов является отдаленность месторождений и поселений (70-150 км), что увеличивает время выездов на место происшествия. Численность обслуживаемого населения в 2017-2019 гг. в г. Лангепас, г. Покачи представлена в табл. 1.

Таблица 1

Численность население г. Лангепас и г. Покачи в 2017-2019 гг.

Численность населения	Год	г. Лангепас	г. Покачи	с.п. Локосово д.Верхне-Мысовая	с.п. Аган
Зарегистрированное население на территории	2017	43534	17905	3241	611
	2018	44108	17874	3181	608
	2019	44582	17987	3135	571

Как видно из табл. 1, ежегодная численность населения за период с 2017 по 2019 гг. увеличивается в г. Лангепас на 2,35%, в г. Покачи на 0,45%. В сельском поселении Локосово и деревни Верхне-Мысовая наблюдается убыль населения за анализируемый период на 3,3%, с аналогичной тенденцией в сельском поселении Аган на 6,5%. Необходимо отметить, что количество населения г. Лангепас с 2008 г. увеличилась на 6,2%, по отношению к количеству проживающих в 2019 г., в г. Покачи увеличилось на 6%. Таким образом, анализ численности населения на территории за 2017 по 2019 гг. имеет тенденцию к увеличению (2017 – 65291, 2018 – 65771, 2019 – 66275). В отделении работают два судебно-медицинских эксперта.

Одним из основных показателей работы специалиста, оценивающего ее интенсивность, является количество проведенных экспертиз (исследований) трупов (таб. 2). Количество проведенных судебно-медицинских экспертиз трупов в отделении за 2017-2019 гг.

Таблица 2

Количество проведенных судебно-медицинских экспертиз трупов в отделении за 2017-2019 гг.

Количество проведенных экспертиз	2017	2018	2019
Экспертиза (исследование) трупов	174	159	159
Неоконченные экспертизы на конец отчетного периода	2	0	7

Исходя из данных табл. 2, в течение анализируемого периода в отделении проведено 492 экспертизы. Данное количество может являться показателем интенсивности работы специалиста, определенное приказом по КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», в отделении и является среднестатистическим по сравнению с другими отделениями на территории округа. Так, в «Отделение в городе Советском» количество судебно-медицинских экспертов на территории составляет три специалиста, количество проживающих на территории составляет: 2017 – 48715, 2018 – 48460, 2019 – 48154, общее количество проведенных экспертиз трупов за три года составило 667 экспертиз (2017 – 233, 2018 – 239, 2019 –195).

При формировании ежегодных отчетов вносится показатель – количество неоконченных экспертиз (исследований) трупов, на конец года, который за три года составил 1,8% (таб. 2). Темп прироста/убыли судебно-медицинских экспертиз трупов, аутопсий в филиале в 2019 г. по сравнению с 2017, 2018 г. составил -8,6%. Анализ количества экспертиз, проведенных в отделении, показал, что работа экспертов является интенсивной.

Распределение проведенных в отделении экспертиз по видам смерти и структура насильственной и ненасильственной смерти за 2017-2019 г. представлен в табл. 3.

Таблица 3

Распределение экспертиз, проведенных в отделении по видам смерти и структура насильственной и ненасильственной смерти за 2017-2019 г.

Экспертиза по видам смерти и структура насильственной смерти	2017	2018	2019
Насильственная смерть	33	33	31
Ненасильственная смерть	131	119	115

Причина смерти не установлена	8	7	6
Структура насильственной смерти:			
Механическая травма	10	16	15
Острые отравления	9	10	10
Механическая асфиксия	13	5	6
Воздействие крайних температур	1	1	0
Структура ненасильственной смерти:			
Болезни системы кровообращения	58	60	56
Новообразования	36	25	28
Болезни органов дыхания	5	3	6
Болезни органов пищеварения	7	11	6
Болезни нервной системы	4	2	5
Инфекционные заболевания	8	9	1
в том числе туберкулез/ВИЧ	3/5	1/1	1/-

Констатируя данные табл. 3, можно отметить, что в 2019 г. наблюдается снижение по сравнению с 2017 г. количества экспертиз с насильственной смертью (убыль на 6,1%), ненасильственной смертью (убыль на 12,2%) и неустановленной причиной смерти. При анализе структуры насильственной смерти отмечено увеличение количества аутопсий с механической травмой на 50%, острыми отравлениями химической этиологии (11,1%) и убыль смертельных исходов от механической асфиксии на 53,8%. Исследования с причиной смерти, такой как воздействие крайних температур, составило 2,1% в структуре насильственной смерть.

Оценивая структуру ненасильственной причины смерти, в динамике за три года, можно отметить, что в 2019 г. наблюдается снижение количества аутопсий с диагнозом: болезни системы кровообращения на 3,4%, новообразования 22,2%, пищеварения 14,3%, инфекционных заболеваний на 87,5%. Наблюдается рост количества аутопсий от болезни органов дыхания на 20% и болезней нервной системы на 25%.

Общее количество аутопсий с ненасильственными причина смерти снизилось на 13,6%. Количество проведенных судебно-медицинских экспертиз живых лиц в отделении за 2017-2019 г. представлен в табл. 4.

Таблица 4

Количество судебно-медицинских экспертиз живых лиц, проведенных в отделении за 2017-2019 г.

Направление экспертизы	2017	2018	2019
Экспертиза - освидетельствование потерпевших, обвиняемых и других лиц	1011	650	822

Общее количество освидетельствований за три года в отделении составило 2483 экспертизы, согласно учетным формам 173/у, 172/у [10]. Анализ, проведенный за период освидетельствований потерпевших, обвиняемых и других лиц, отмечает их снижение в 2019 г. на 18,7% по сравнению с 2017 г. (табл. 4).

Анализируемый показатель работы – выступление судебно-медицинского эксперта (приглашаемого по повестке в суд для разъяснения вопросов, возникающих в результате судопроизводства [7]) в судебных заседаниях за 3 года составил 21 участие (7, 11, 3 соответственно годам). Структура экспертиз по срокам их проведения в филиале за 2017-2019 г. представлена в табл. 5.

Таблица 5

Структура экспертиз по срокам их проведения в филиале за 2017-2019 г.

Год	Количество экспертиз, исследований		Закончены в срок до 14 дней		Закончены в срок от 15 до 30 дней	
	трупы	живые лица	трупы	живые лица	трупы	живые лица
2017	174	1011	108	1011	66	0
2018	159	650	88	649	71	1
2019	152	822	49	821	103	1

Как указано в табл. 1 и 5 на фоне общего снижения количества проводимых экспертиз (исследований), наблюдается увеличение: сроков проведения экспертиз трупов в срок до 14 дней, в 2019 г. по сравнению с 2017 г., на 54,6%, экспертиз, проведенных до 30 дней на 56,1%; сроков проведения экспертиз у живых лиц, в срок до 14 дней, в 2019 г. по сравнению с 2017 г., на 18,8%, законченных экспертиз, проводимых до 30 дней, увеличилось на 1 случай.

Обсуждение

Систематический территориальный анализ судебно-медицинских статистических исследований необходим как для оценки итогов работы медицинской организации и активности специалиста (эксперта), так и для эффективной деятельности правоохранительных органов, учреждений юстиции, обеспечивающих проведение судебного производства, а, следовательно, и законность [3,7]. Проведенный **анализа деятельности медицинской организации (отделения) за 2017-2019 гг. можно оценить как соответствующий основным нормативным документам службы** [6,7,8,12].

Особую актуальность в данном исследовании, как и в других опубликованных анализах деятельности судебно-медицинских организаций [4,13], представляет раздел по данным экспертиз причин насильственной и ненасильственной смерти, проводящийся по учетным формам 170/у и 171/у [10]. На территориях РФ отмечается как повышение, так и снижение количества экспертиз с насильственной и ненасильственной смертью [4]. Многие авторы [2,4] констатируют, что при анализе структуры насильственной смерти отмечается увеличение количества аутопсий с механической травмой и острыми отравлениями химической этиологии, как и в данном анализе. Причинами

увеличения являются: при механической травме – автомобильные и другие аварии, падения с высоты [4]; при употреблении наркотических средств и психотропных веществ, алкоголя – развивается острое отравление химической этиологии, приводящее к нежелательным исходам [15,16]. В структуре ненасильственных причин смерти имеется рост количества аутопсий от болезни органов дыхания и болезней нервной системы, как на анализируемой территории, так и на территориях других регионов [14]. Однако, общее количество аутопсий с ненасильственными причина смерти имеет разную тенденцию.

Необходимо отметить, что согласно **приказов Минздрава РФ [**5,7] имеются временные критерии/сроки проведения экспертиз, которые проводятся не более 31 календарного дня, а по экспертизе живых лиц составляют 1 месяц с момента регистрации [5], но не более трех рабочих дней, после получения лабораторных исследований. Также суд [5] может установить срок – не более трех месяцев с момента регистрации постановления. Таким образом, для специалиста установлены четкие регламентированные временные критерии проведения экспертиз, позволяющие оценить выполнение судебно-медицинским экспертом своих профессиональных обязанностей, которые соблюдаются в отделении.

Как было анализировано в статье, количество выступлений судебно-медицинского эксперта за 2017-2019 гг. составило 21 участие. Данное участие проводится в соответствии с частью 2 Статьи 1 Уголовно-процессуального кодекса [11], в котором указано, что «…соблюдение порядка уголовного судопроизводства обязательно для всех без исключения судов и органов, …должностных лиц, а также иных участников уголовного судопроизводства…», которым и является судебно-медицинский эксперт [9].

Выводы

Проведенный анализ статистических данных (экспертиз трупов, структуры насильственной и ненасильственной смерти, экспертиз живых лиц и сроков проведения экспертиз) в КУ ХМАО–Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» «Отделение в городе Лангепасе» оценивает работу судебно-медицинского эксперта и работу отделения как интенсивную, позволяет провести сравнительный анализ с результатами на других территориях округа, оценить эффективность деятельности правоохранительных органов.

Литература

1. Бычков В.А., Горбачева Т.В. Организация контроля качества судебно-химических исследований // Судебно-медицинская экспертиза 2018. № 5. С. 21-24.

2. Дубровин И.А., Седых Е.П., Мосоян А.С., Бычков А.А., Ахметова Д.Н. Характер повреждений позвонков у пострадавших в салоне легкового автомобиля при дорожно-транспортном происшествии // Судебно-медицинская экспертиза 2018. № 1. С. 12-15.

3. Ковалев А.В., Лобан И.Е. Управление государственной судебно-медицинской деятельностью в России как научная проблема: краткий исторический анализ и перспективы исследования. // Судебно-медицинская экспертиза 2018. № 5. С. 4-13.

4. Ковалев А.В., Макаров И.Ю., Самоходская О.В., Куприна Т.А. Структура смертельной механической травмы в России (по материалам 2003-2017 гг.) // *Судебно-медицинская экспертиза 2019. №* 2. С. 11-14.

5. Островский О.А. Специфика алгоритма назначения ситуационных экспертиз // Судебно-медицинская экспертиза 2019. № 2. С. 48-51.

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.10.201 N385 «Об утверждении отраслевой статистической отчетности». Форма отраслевой статистической отчетности N 42 – «Отчет врача – судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы».

7. Приказ Минздрава РФ от 12 мая 2010 г. N346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ».

8. Приказ Минздрава РФ от 24 апреля 2003 N161 «Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы».

9. Приказ Министерства юстиции РФ от 20 декабря 2002 г. N347 «Об утверждении Инструкции по организации производства судебных экспертиз в судебно-экспертных учреждениях системы Министерства юстиции Российской Федерации».

10. Приказ Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» [Электронный ресурс]: https://www.forens-med.ru/zakon/doc/mz/3_3_93.html

11. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации. Принят Государственной Думой 22 ноября 2001 г.

12. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

13. **Чирков С.В., Шакиров И.И., Агзамова** Е.В., **Кислицин** В.М. Краткий сравнительный анализ деятельности КУ **ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» с субъектами Уральского федерального округа // Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей)**. Ханты-**Мансийск, 2018. С. 3-6.**

14. Шилова М.А., Друк И.В., Глоба И.В. Изменения сосудистого русла головного мозга при внезапной смерти лиц молодого возраста // Судебно-медицинская экспертиза 2018. № 1. С. 55-59.

15. Яцинюк Б.Б., Сенцов В.Г., Волкова Н.А., Новокщёнова И.Е., Бебякина Е.Е., Гавриков П.П., Лаптев А.М. Эпидемиология острой химической травмы на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в 2011-2015 гг. Монография. Ханты-Мансийск. 2018. 191 с.

16. **Яцинюк** Б.Б., Гавриков П.П., Лаптев А.М. **Хаббибулин** Е.В. Количество случаев острых отравлений химической этиологии и летальность в **ХМАО-Югре за период 2014-2017 гг. // Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно-медицинских экспертов (сборник научных статей). Ханты- Мансийск**, 2018. С. 26-32.

ГРУППЫ ДЕФЕКТОВ РЕНТГЕНОВСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ЭКСПЕРТИЗЕ ЖИВЫХ ЛИЦ

Н.В. Тарасова
ГБУЗ МО «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

ВВЕДЕНИЕ

Без наличия системы научно обоснованных критериев оценки рентгенологических изображений, поступающих для проведения судебно-медицинских экспертиз живых лиц, невозможно обоснованно выявить наличие или отсутствие части повреждений у травматологических больных и, соответственно, ответить на вопросы, поставленные для разрешения судебно-медицинским экспертом, следственными органами (1).

Анализ качества проводимых рентгенологических исследований травматологических больных является одним из показателей эффективности работы судебно-медицинских экспертов, может дать ясное представление об основных направлениях и результатах их деятельности, оценить важнейшие качественные и количественные характеристики диагностического поиска экспертов.

Полная и качественная диагностика повреждений является чрезвычайно важным фактором, влияющим на результаты судебно-медицинской экспертизы.

В последнее время произошли изменения в методологических подходах к обследованию больных с повреждениями.

Их пересмотр обусловлен широким внедрением спиральной компьютерной томографии, ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии, которые дополнили традиционную рентгеновскую диагностику.

Применение современных методов диагностики

заметно расширило возможности качественного выявления всего комплекса механических повреждений при травмах. Вместе с тем, каждый из методов диагностики, обладая определенными возможностями и недостатками, далеко не во всех случаях является эффективным.

Использование большого числа методов выявило необходимость определить качество каждого из них при диагностике всего комплекса механических повреждений при травмах.

Между тем, нет рекомендаций о критериях, которыми следует руководствоваться при выборе наиболее эффективного способа визуализации для раннего выявления всего комплекса механических повреждений при травмах их распространенности и объема. Вследствие этого, для получения конечного диагностического результата с полной характеристикой повреждений проводятся многочисленные дублирующие, но не дополняющие друг друга, исследования. По этой причине увеличивается время ожидания их результатов.

Очень важен вопрос рационального применения различных рентгенологических методов, поскольку принцип минимальной достаточности получаемой информации в настоящее время чрезвычайно актуален (1).

Рост травматизма, как причины инвалидизации населения и высокие затраты, необходимые для реализации современных программ в условиях дефицита финансирования, подчеркивают необходимость поиска нетрадиционных тактических и организационных решений для качественной и своевременной диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования явились рентгеновские изображения 28 травматологических больных, поступившие в отдел живых лиц ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» для прове-

дения рентгенологического исследования.

При исследовании поступающих рентгеновских изображений стандартной рентгенографии выявлены следующие дефекты:

1. Дефекты качества поступающих снимков: в 6 случаях дефекты в процессе изготовления рентгенограмм (технологического процесса) с нарушением стандартных укладок и в 4 случаях нарушений экспонирования снимков («жесткие» и «мягкие» снимки).

Выявленная группа дефектов исключила возможность качественного прочтения представленных рентгеновских снимков, что привело к невозможности установления штатным рентгенологом наличия или отсутствия повреждений.

Пример **1**.

Рисунок 1. «жесткая» рентгенограмма, нарушена укладка – срезана справа, нарушено хранение – по центру линия сгиба, то есть дефектная, прочтение невозможно.

Пример 2.

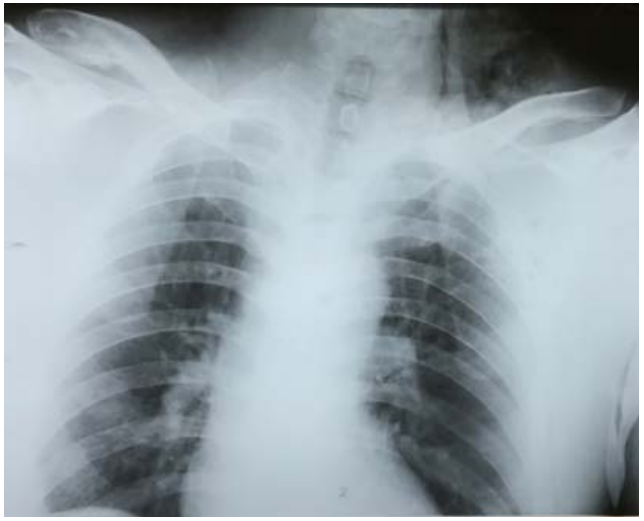


Рисунок 2. «Мягкий» снимок, нарушена укладка – разворот, наклон, срезаны синусы – дефектная рентгенограмма, прочтение невозможно.

2. Дефекты при описании полученных данных врачами рентгенологами лечебных учреждений, включившие в себя неполное описание травматических повреждений - 3 случая. Выявленная группа дефектов привела к несовпадению диагнозов лечебных учреждений с выводами экспертов.

При исследовании поступивших объектов и направлений для рентгенологического исследования от судебно-медицинских экспертов выявлены дефекты при назначении исследований врачу рентгенологу, включившие в себя:

- отсутствие предоставление врачу рентгенологу сведений о проведенных рентгенологических исследованиях при направлении рентгенограмм – 4 случая. Выявленные дефекты характеризовались отсутствием предоставления сведений судебно-медицинскими экспертами РСМО о

проведении каких-либо методов лучевой диагностики.

- отсутствия указания цели проведения рентгенологического исследования судебно-медицинскими экспертами РСМО – 2 случая.

- отсутствие предоставления сведений из медицинских документов судебно-медицинскими экспертами РСМО в 2 случаях, затрудняющее проведение диагностического поиска при рентгенологическом исследовании.

- отсутствие понимания представленных объектов и неправильное их обозначение в направительном документе 3 случая.

Выявленные дефекты судебно-медицинских экспертов РСМО привели к невозможности диагностического поиска врачом рентгенологом и возврату без исполнения назначенного рентгенологического исследования, что удлиняет сроки проведения судебно-медицинских экспертиз.

ВЫВОДЫ

1. Выявлены основные группы дефектов в ходе исследования результатов стандартной рентгенографии (рентгенограмм), предоставляемых при экспертизе живых лиц.

2. Стремление в каждой ситуации в реальных условиях РСМО диагностировать весь комплекс повреждений для ответа на поставленные следствием вопросы привело нас к необходимости создания направления-схемы назначения рентгенологического исследования, позволяющее кратко определить диагностический поиск и объекты для исследования.

Литература

1. Тарасова Н.В., Клевно В.А., Баринов Е.Х. Судебно-медицинская оценка повреждений костей скелета с применением методов лучевой диагностики при проведении экспертизы живых лиц: монография. – Москва: Проспект, 2020. – 104 с.

ОБ ОЦЕНКЕ ЗАКЛЮЧЕНИЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «МЕДИЦИНСКИМ» ДЕЛАМ В ГРАЖДАНСКОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ

Е.Х.Баринов, А.Е.Баринов, С.Г.Воеводина, А.К.Иорданишвили, Р.Э.Калинин, Н.А.Михеева, И.В.Осипова

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы»

Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы (МАНЭБ)

К проведению экспертиз по материалам «медицинских» дел привлечено повышенное внимание судебных медиков и юристов, а также профессионального сообщества врачей клинического профиля (1). Это связано с негативной реакцией социума на неблагоприятные исходы оказания медицинской помощи, ростом активности правоохранителей и средств массовой информации в данной сфере, организационными и методическими трудностями, возникающими при проведении экспертиз данного вида. При этом результаты комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, как правило, предрешают исходы таких дел.

Оценка заключения судебно-медицинского эксперта является сложной и многофакторной задачей, решению которой способствует междисциплинарный подход, включающий в себя:

1. Теорию доказательства, рассматривающую оценку доказательств как относительно самостоятельный этап процесса доказывания; глубоко и всесторонне

разрабатывающую характерные черты каждого из элементов оценки доказательств (относимость, допустимость, достоверность); изучающую особенности заключения судебно-медицинского эксперта в сравнении с другими доказательствами.

2. Логику, позволяющую путем построения «семиотического треугольника» проанализировать структурные свойства каждого понятийного слова (синтаксис), его интерпретацию (семантика) и порядок использования (прагматика) участниками уголовного судопроизводства.

3. Гносеологию, которая открывает возможности изучения особенностей отношения к познанию, знаниям, истине каждого из участников уголовного судопроизводства, исходя из характерной для него гносеологической модели:

а) объективистско-реалистской - присяжные заседатели, подозреваемый, обвиняемый, потерпевший;

б) конструкционистской — судебно-медицинского эксперт, специалист в области судебной медицины;

в) символической — судья, прокурор, следователь, дознаватель, защитник.

4. Теорию функциональной системы, позволяющей представить оценку заключения судебно-медицинского эксперта в качестве сложной системы, функционирование которой направлено на результат — получение относимого, допустимого и достоверного доказательства.

5. Общую и специальную теории судебной экспертизы, изучающих особенности заключения эксперта в сравнении с другими доказательствами; форму и содержание заключения судебно-медицинского эксперта и его процессуальный статус.

В целом, на пути формирования судебно-медицинской экспертизой алгоритма взвешенного участия в «медицинских» делах немало сложностей (1,2). Но эти

сложности преодолимы, если судебно-медицинская экспертиза будет следовать потребностям правовой процедуры с дифференциацией подходов в зависимости от различий правонарушений, в связи с совершением которых она проводится.

Литература

1.Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам (монография). – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». -2013.- 164 с.

2. Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Судебно-медицинская экспертиза при решении вопросов, связанных с «медицинскими» спорами // Медицинская экспертиза и право. – М.: ЮрИнфоЗдрав, 2010. - № 6. - С. 5-7.

ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

Д.В. Тягунов заведующий курсом судебной медицины Медицинского института БУ ВО ХМАО–Югры «Сургутский государственный университет», врач – судебно-медицинский эксперт филиала «Отделение в городе Сургуте» Центрального зонального отдела, член Научно-организационного совета КУ ХМАО–Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, доцент,
И.Ф. Тягунова врач – судебно-медицинский эксперт филиала «Отделение в городе Сургуте» Центрального зонального отдела КУ ХМАО–Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Бактериальные инфекции новорожденных занимают первое место в структуре неонатальной заболеваемости и являются лидирующей причиной в структуре смертности, по данным ВОЗ составляют до 36%. Летальность от сепсиса новорожденных (СН) составляет 30-40%, тогда как при развитии септического шока летальность достигает 58-60% [1].

Традиционно выделяют ранний и поздний неонатальный сепсис. Считается, что ранний неонатальный сепсис (Early Onset Neonatal Sepsis, EONS) развивается в первые 72 ч после рождения вследствие трансплацентарного или восходящего инфицирования материнской условно-патогенной микрофлорой. В развитых странах основными эпидемиологическими значимыми возбудителями EONS являются гемолитические стрептококки группы В (GBS), кишечная палочка, коагулазонегативные стафилококки, гемофильная палочка и листерии.

Поздний неонатальный сепсис (Late Onset Neonatal

Sepsis, LONS) развивается в период 4 - 90 дней жизни, по сути являясь нозокомиальным, и среди основных возбудителей наиболее часто выделяют коагулазонегативные стафилококки, золотистый стафилококк, кишечную палочку, клебсиеллы, синегнойную палочку, энтеробактерии, кандиды, гемолитические стрептококки группы В и редко Serratia, Acinetobacter и анаэробы [2]. Среди факторов риска развития EONS на первом месте располагаются хориоамниониты и вагинальные материнские инфекции, причем, по данным G.J. Chan et al. (2013), лабораторно подтвержденные материнские инфекции увеличивают риск развития раннего неонатального сепсиса в 6,6 раза (95% CI 3,9 - 11,2) [3]. Факторы риска позднего неонатального сепсиса фактически идентичны таковым для развития любой другой внутрибольничной инфекции с коррекцией на особенности периода новорожденности, особенно у глубоконедоношенных детей [2].

Судебно-медицинские экспертизы трупов новорожденных на практике назначаются и проводятся достаточно редко, так как обычно, их исследованием в случаях ненасильственной смерти, занимаются врачи-патологоанатомы, однако имеют ряд существенных особенностей. Изучение и понимание морфофункциональных особенностей организма новорожденного ребенка врачом судебно-медицинским экспертом необходимо для объективной оценки его состояния (новорожденность, живорожденность, мертворожденность, жизнеспособность, доношенность, зрелость), что имеет существенное значение в расследовании случаев насильственной и ненасильственной смерти правоохранительными органами и правильной юридической квалификации событий [4].

Материалы и методы исследования

В нашей практике встретился достаточно интересный

для экспертного анализа случай исследования трупа новорожденного младенца. 10.11.2019 года, около 16 часов 05 минут в отдел УМВД поступило сообщение от бригады скорой медицинской помощи о констатации смерти ребенка мужского пола. Следственным отделом по городу Сургут следственного управления по ХМАО-Югре была инициирована проверка в отношении родителей П. по факту наступления его смерти.

При допросе матери П. в ходе предварительного расследования установлено, что гр. А, 1984 г.р. «в конце февраля 2019 г, узнала, о беременности, однако в лечебные учреждения не обращалась, потому что «посчитала так нужным». Беременность протекала хорошо, не было поводов обращаться в больницу, все было хорошо. 08.11.2019 г я почувствовала, что начинаю рожать, роды приняли в воде в ванной вместе с супругом, в 15-40 час 08.11.2019 г. родился наш ребенок. Роды решили принимать сами, смотрели видео на канале «YouTube», как это делается. Первого ребенка, 31.03.2015 г.р. мы тоже рожали сами, т.е. роды принимали сами, но в тот раз, я на учете вставала в поликлинику, в этот раз не захотела вставать, так как не хотела ходить по врачам, сдавать анализы и т.д. Роды прошли хорошо, благополучно, когда ребенок родился начал хорошо кушать, вел себя хорошо, т.е. никаких отклонений не было у него, я тоже чувствовала себя хорошо. Все эти дни ребенок чувствовал себя хорошо, ручки и ножки шевелились хорошо…

10.11.2019 г. утром ребенок покушал, и уже после обеда я его кормила, он был вялый, немного покушает и засыпает, был слабый, мы с супругом решили вызвать скорую помощь около 15-40 час, так как ребенок после кормления уснул и когда подошло время просыпаться ребенку, я его взяла на руки, и он был очень слабый, я начала растирать ручки и ножки, но он как будто не выспался и хотел еще спать. Мы решили вызвать скорую помощь, до приезда скорой

помощи ребенок дышал, а когда врачи скорой помощи приехали, ребенок уже не дышал, и они констатировали смерть ребенка… До приезда скорой помощи муж оказал первую помощь ребенку, а именно сделал два вдоха в рот и 30 нажатий одним пальцем в область груди. Когда приехали врачи скорой помощи, они тоже оказали помощь ребенку, а именно подключили ребенку кардиограмму. Она ничего не показала, и они констатировали смерть ребенка, больше врачи ничего не делали…».

Труп младенца был направлен в морг филиала «Отделение в городе Сургуте» КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» для производства судебно-медицинской экспертизы. На разрешение экспертов Следственным комитетом были поставлены следующие вопросы: Какова причина смерти? Какова давность наступления смерти? Какие повреждения имеются на трупе, их количество и локализация; характер и тяжесть каждого? Какое именно повреждение явилось причиной смерти? Через какое время после причинения повреждения наступила смерть? Если имеются повреждения, все ли они причинены прижизненно? Каково орудие причинения повреждений? Принимал ли потерпевший незадолго до наступления смерти алкоголь, наркотические вещества, и если да, то в какой степени опьянения мог находиться перед смертью? Имелись ли какие-либо заболевания, патологии, которые привели к смерти?

В ходе производства судебно-медицинской экспертизы были получены следующие данные: трупные пятна разлитые, синюшно-фиолетовые, интенсивные, хорошо выраженные, располагаются на передних и задних поверхностях туловища и конечностей, за исключением выступающих участков в области лопаток, локтевых суставов, ягодиц. Кожный покров бледный, холодный, сухой, с явлениями шелушения…

Пупочное кольцо связано с пупочным канатиком, он подсохший, тусклый, коричневого цвета, длина пупочного канатика 2,2 см, перевязан красной нитью, свободный конец пуповины пересечен в косо-продольном направлении, края его ровные. Края пупочного кольца гиперемированы, отечны, покрыты плотной красно-бурой корочкой, постороннего отделяемого из пупочной раны нет…

До вскрытия полости черепа и пересечения сосудов, перед извлечением органокомплекса проведена проба на пневмоторакс: выполнен секционный разрез по средней линии груди, мягкие ткани груди максимально отсепарованы в виде «карманов» и заполнены водой. Под водой произведены проколы межреберных мышц по среднеключичным линиям: справа – получены пузырьки воздуха (проба положительная), слева - пузырьков воздуха не получено…

Борозды и извилины мозга сглажены, уплощены. Полушария головного мозга симметричные, извилины рельефные. На основании моста и нижней поверхности миндалин мозжечка имеется С-образная полоса от давления краем большого затылочного отверстия, глубиной до 0,2 см, шириной - 0,2 см…

Лёгкие занимают полностью плевральные полости. Спаек между листками легочной и пристеночной плевры нет. В правой плевральной полости обнаружено около 30 мл жидкой темно-красной крови. В левой плевральной и брюшной полостях следы желтоватой, прозрачной жидкости. Масса правого легкого - 45 г, левого – 30 г. Лёгкие с поверхности гладкие, синюшно-красные, пониженной воздушности, с очаговыми уплотнениями, эластичные на ощупь; без наложений. Под висцеральной плеврой переднебоковой поверхности верхней доли правого легкого очаговое внутритканевое темно-красное блестящее кровоизлияние, размерами 0,6х0,7 см, пропитывающие

легочную ткань на глубину до 0,3 см. Легочная плевра на всем протяжении тонкая, прозрачная, гладкая, блестящая, за исключением участка в проекции очагового кровоизлияния в верхней доле правого легкого, на котором выявлен линейный разрыв плевры, длиной до 0,2 см. Ткань лёгких на разрезе неравномерного кровенаполнения, пестрой серо-розовой окраски, участки отека ткани темно-красного цвета чередуются с серо-розовыми светлыми участками, и периферическими участками альвеолярного вздутия, с поверхности разреза стекает большое количество серо-розовой мутной пенистой жидкости с примесью полупрозрачной белесоватой слизи из бронхов …

Позвоночный канал вскрыт: врожденных пороков развития (аплазия, расщепление, наличие грыж и т.п.), каких-либо повреждений не обнаружено.

На основании проведенной экспертизы трупа был сформулирован судебно-медицинский диагноз: а) Травматический гемопневмоторакс S27.2; б) Эффекты воздействия атмосферного давления T70.8; г) Случаи уточненной угрозы дыханию W 83.0.

Необходимо отметить, что при анализе специальной научной литературы нам не встретилось сообщений о повреждении легких у детей при оказании доврачебной помощи путем дыхания «изо рта в рот», имеются лишь сообщения о баротравме легких при проведении ИВЛ. [7]. Однако данное осложнение нередко имеет место в случаях оказания помощи взрослыми детям из за разницы дыхательных объемов легких.

Дополнительно представлена плацента, соединенная с пуповиной, завернутая в черный полиэтиленовый пакет. Интересно, что до момента направления на судебно-медицинскую экспертизу плацента хранилась в морозильной камере на кухне квартиры, где произошли роды. Исследование плаценты проводилось в соответствии

с современными рекомендациями [5, 6]. Осмотр плаценты: вес плаценты 320 г, диаметр 16,5 см, толщина плацентарного диска в средней части 1,7 см, по краям 1,5 см.

1) Исследование пуповины: свободный край пуповины неровный, серо-розового цвета, мацерирован, длина сохранившейся части - 54 см, диаметр - 1,1 см, расстояние между местом отхождения пуповины от близкого края плацентарного диска 7 см. Пуповина сочная, влажная, студенистая, перламутрово-розовая. На разрезе визуализируется одна вена и две артерии, просветы сосудов запустевшие, патологических очагов (узлов, стриктур, разрывов) не обнаружено. Под наружной оболочкой пуповины на всем протяжении имеются очаговые блестящие студенистые темно-красные кровоизлияния в виде узлов, выстоящих над поверхностью неизмененной пуповины, диаметром от 0,8 см до 1,4 см.

2) Исследование плаценты: материнская часть имеет форму правильного диска, с ровными краями, эластичная, крупнодольчатая, с глубокими бороздами, красно-коричневого цвета, на поверхности зоны бледной окраски (ишемии) чередуются с мелкоочаговыми кровоизлияниями, без дефектов. На материнской поверхности диска плаценты имеются внутриплацентарные гематомы, пластинчатой формы, темно-красного цвета, рыхлой консистенции, размерами на участках овальной формы 4х1,5 см и 3,0х1,0 см, толщиной около 0,9см, расположенные практически диаметрально противоположно. Плодная поверхность полупрозрачная, тонкая, серо-розового цвета, без дефектов.

Из Заключения эксперта (судебно-гистологическая экспертиза): головной мозг (4): мягкая мозговая оболочка больших полушарий резко утолщена, отечна, с диффузной обильной инфильтрацией лимфоцитами, с повреждением пограничной пластинки и проникновением инфильтрата в поверхностные слои коры, в веществе больших полушарий и ствола выраженный периваскулярный и перицеллюлярный

отек, выраженный деструктивный отек белого вещества, вплоть до стояния криброзности, нейроны с выраженными дистрофическими изменениями: бледность окраски, стертость границ клеток, нейроны разных размеров, некоторые имеют вытянутую форму, множественные клетки-тени, часть нейронов с колликвационным некрозом, сателлитоз, нейронофагия, поля выпадения нейронов, обеднение коры пирамидными клетками, выраженная пролиферация глии, резкое полнокровие сосудов вещества мозга и мягкой мозговой оболочки, множественные периваскулярные кровоизлияния. Сердце (4): кардиомиоциты нормальных размеров, очаги фрагментации кардиомиоцитов, на одном срезе очаговая круглоклеточная инфильтрация стромы, отек стромы, резкое полнокровие сосудов. Легкие (6): межальвеолярные перегородки утолщены, с лимфоцитарной инфильтрацией, в просветах многих альвеол лимфоциты, лейкоциты, эпителий большинства бронхов сохранен на базальной мембране, просветы бронхов звездчатой формы, многие заполнены кровью, стенки бронхов спазмированы, с умеренно выраженной лимфоцитарной инфильтрацией., в ткани легкого очаговые кровоизлияния, резкое полнокровие капилляров и крупных сосудов, в просветах многих сосудов лейкоциты, эритроцитарные сладжи. Надгортанник (1): сохранного строения, полнокровие. Трахея (1): отек и резкое полнокровие слизистой оболочки, мелкоочаговые диапедезные кровоизлияния, слабовыраженная круглоклеточная инфильтрация слизистой, подслизистой оболочки. Лимфоузел (1): резкое полнокровие пульпы. Печень (2): гепатоциты с мелкозернистой цитоплазмой, в паренхиме определяются множественные очаги экстрамедуллярного кроветворения, резкое полнокровие синусоидных капилляров. Почка (1): капилляры клубочков неравномерного кровенаполнения, преимущественно малокровны, межканальцевые капилляры

в корковом веществе малокровны, в юкстамедуллярной зоне резко полнокровны, нефротелий с набухшей мелковакуолизированной цитоплазмой, мелкоочаговые диапедезные кровоизлияния в околопочечной жировой клетчатке. Надпочечник (1): умеренно выраженная делипоидизация клеток коркового слоя. Мелкоочаговые диапедезные кровоизлияния в околонадпочечниковой жировой клетчатке. Селезенка (2): резкое полнокровие красной пульпы, фолликулы нормальных размеров, появлением молодых форм гемопоэза в красной пульпе, слабовыраженная инфильтрация лейкоцитами красной пульпы. Желудок (1): сохранного строения, полнокровие сосудов слизистой оболочки. Тимус (1): корковый слой широкий, темный, с умеренно выраженной макрофагальной реакцией, мозговой светлый, с мелкими тельцами Гассаля, некоторые тельца Гассаля некротизированы, резкое полнокровие сосудов, множественные диапедезные кровоизлияния в строме. Толстый и тонкий кишечник (3): слизистая частично аутолизирована, гомогенизирована, полнокровие сосудов. Пупочное кольцо (2): клетки эпидермиса в некоторых участках с вакуолизированной цитоплазмой. В эпидермисе, дерме, в соединительной и жировой ткани выраженная, диффузная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация (большая часть лейкоцитов в виде гнойных телец). Лейкостазы, краевое стояние лейкоцитов в сосудах. Тромбоваскулит сосудов пуповины. Пуповина (2): пупочные сосуды сокращены, кровоизлияния, инфильтрация отсутствует. Плацента (8): терминальные пластины отсутствуют, в основании крупных ворсин признаки склероза и редкие петрификаты, склероз сосудов, в одном из срезов зона псевдоинфаркта с участками петрификации и организации, малочисленные синтициальные почки, децидуальная базальная пластинка инфильтрирована лимфоцитами, под децидуальной пластинкой скопление лизированных эритроцитов и

выпадение фибрина, лимфоцитарная инфильтрация и выраженный отек стромы, под децидуальной пластинкой скопление свертков крови в виде лизированных эритроцитов, лейкоцитов и фибрина, с перифокальной лейкоцитарной реакцией. Окраска мазков-отпечатков по Павловскому (трахея, бронхи, надгортанник): в мазке видны клетки эпителия (реснитчатые, вставочные и бокаловидные клетки), в цитоплазме эпителиальных клеток базофильных и эозинофильных включений не определяется. СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Морфологические признаки генерализованной инфекции: серозно-гнойная пневмония, острый серозный менингоэнцефалит, серозно-гнойный омфалит, очаговый серозный миокардит, острый трахеит. Плацента 2-3 триместра (диссоциативный тип), очаговый серозный базальный децидуит, хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность. Деструктивный отек головного мозга, выраженные дистрофические изменения нейронов. Инфекционная гиперплазия селезенки. Акцидентальная инволюция в тимусе 2 стадии. Функциональное истощение надпочечника. Очаговые кровоизлияния в ткани легкого, наличие крови в просветах бронхов, спазм бронхов. Гемоциркуляторные нарушения в органах в виде резкого полнокровия сосудов, множественных диапедезных кровоизлияний; признаки шунтирования кровотока в почках».

После получения результатов лабораторных (судебно-гистологического и судебно-химического) исследований сформулирован окончательный диагноз:

Младенец мужского пола, новорождённый (подсохшая пуповина с выраженной демаркационной линией у места её прикрепления к брюшной стенке, отсутствие крови и сыровидной смазки на теле, меконий в кишечнике), доношенный (окружность груди – 31 см, точка окостенения в нижнем эпифизе бедра диаметром 0,5 см), зрелый

(эластичная кожа, ногти на руках выступают за подушечки пальцев, на ногах доходят до краев пальцев, яички находятся в мошонке), живорождённый (положительные плавательные пробы), жизнеспособный (отсутствие врождённых уродств и пороков развития, несовместимых с жизнью). Срок внутриутробного развития соответствует 9-10 лунных месяцев (длина тела 53 см, масса 2700 г.

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ / СОСТОЯНИЕ: Сепсис новорожденного на фоне внутриутробной инфекции: двусторонняя очаговая серозно-гнойная пневмония, острый трахеит, острый серозный менингоэнцефалит, очаговый серозный миокардит, серозно-гнойный омфалит, инфекционная гиперплазия селезенки, акцидентальная инволюция тимуса 2 стадии, очаговый серозный базальный децидуит. ОСЛОЖНЕНИЕ: Инфекционно-токсический (септический) шок: деструктивный отек головного мозга, выраженные дистрофические изменения нейронов, гемоциркуляторные нарушения в органах в виде резкого полнокровия сосудов, множественных диапедезных кровоизлияний; признаки шунтирования кровотока в почках, функциональное истощение надпочечника. СОПУТСТВУЮЩИЕ: Разрыв верхней доли правого легкого: наличие разрыва на наружной поверхности правого легкого, (гистологически: очаговые кровоизлияния в ткани легкого, наличие крови в просветах бронхов). Правосторонний гемопневмоторакс (30 мл крови). Плацента II-III триместра (диссоциативный тип). Хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

После получения результатов лабораторных исследований оформлено окончательное медицинское свидетельство о смерти: I. а) Септический шок; R57.2; б) Сепсис новорожденных P36.9.

Заключение

На основании судебно-медицинской экспертизы трупа новорожденного П. 08.11.2019 г.р., данных дополнительных методов исследования, с учетом известных обстоятельств дела экспертами сформулированы следующие выводы:

Младенец мужского пола является новорожденным (подсохшая пуповина в с выраженной демаркационной линией у места её прикрепления к брюшной стенке, отсутствие крови и сыровидной смазки на теле, меконий в кишечнике); доношенный (окружность груди – 31 см, точка окостенения в нижнем эпифизе бедра диаметром 0,5 см), зрелый (эластичная кожа, ногти на руках выступают за подушечки пальцев, на ногах доходят до краев пальцев, яички находятся в мошонке), живорождённый (положительные плавательные пробы), жизнеспособный (отсутствие врождённых уродств и пороков развития, несовместимых с жизнью). Срок внутриутробного развития соответствует 9-10 лунным месяцам (длина тела 53 см, масса 2700 г).

Судя по наличию выраженного демаркационного кольца вокруг пупка, подсыханию пуповины, наличию мекония в прямой кишке, исчезновению родовой опухоли, продолжительность жизни младенца после родов составляет от 2-х до 5 суток. Пуповина пересечена предметом с острой кромкой.

Причиной наступления смерти новорожденного П., 08.11.2019 г.р. явился сепсис (генерализованная инфекция), который развился на фоне внутриутробной инфекции, о чем свидетельствуют: двусторонняя тотальная серозно-гнойная пневмония, острый серозный менингоэнцефалит, очаговый серозный миокардит, острый трахеит, серозно-гнойный омфалит, инфекционная гиперплазия селезенки, очаговый серозный базальный децидуит, хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

Данное состояние без оказания квалифицированной медицинской помощи, осложнилось наступлением инфекционно-токсического (септического) шока, что привело к наступлению летального исхода.

По данным судебно-гистологического исследования были установлены патологические изменения в плаценте в виде хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности, серозного децидуита, что связано с воспалительными изменениями в плаценте, и привело к нарушению маточно-плацентарого и плодо-плацентарного кровообращения, сопровождавшегося хронической внутриутробной гипоксией плода (нарушением поступления кислорода).

Данная патология обычно развивается при экстра- или урогенитальных заболеваниях у беременных, осложнениях беременности и является причиной перинатальной / постнатальной заболеваемости и летальности. В данном случае имелись неблагоприятные условия течения беременности, способствовавшие развитию сепсиса у ребенка, при родах через естественные родовые пути матери за счет аспирации или заглатывания инфицированных околоплодных вод и/или инфицированных секретов родовых путей.

На основании полученных данных, можно сделать вывод о причинно-следственной связи между внутриутробным инфицированием и развитием сепсиса новорожденного П., на фоне длительно протекающей плацентарной недостаточности.

При исследовании трупа новорожденного П, обнаружено повреждение – разрыв верхней доли правого легкого со скоплением крови (30 мл) и воздуха в правой плевральной полости. Данное состояние могло быть вызвано образованием избыточного давления в легком, вероятнее при попытках оказания первой помощи путем искусственного дыхания («изо рта в рот»).

В связи с тем, что у младенца имелось угрожающее жизни заболевание - септический шок, который клинически протекает с нарушением дыхания, сознания и в терминальной стадии наступлением клинической смерти, ребенку требовалось экстренное оказание специализированной медицинской помощи. В данном случае, указанное повреждение явилось следствием оказания неквалифицированной доврачебной помощи, возникло в процессе умирания (при наступлении клинической смерти), в промежуток времени, исчисляемый несколькими минутами до наступления биологической смерти.

Таким образом, данное повреждение не оказало влияния на предотвращение и закономерное наступление смертельного исхода, обусловленного заболеванием, вследствие чего не состоит в причинно-следственной связи с наступлением смерти и не подлежит оценке по степени тяжести телесных повреждений, которые применимы в отношении живых лиц.

Литература:

1. Дегтярева М.В., Самсыгина Г.А., Шабалов Н.П., Буслаева Г.Н., Чубарова А.И., Дегтярев Д.Н., Ионов О.В., Байбарина Е.Н. Сепсис у новорожденных и детей раннего возраста // Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение: Практическое руководство, 4-е изд., доп. и перераб. М.: МИА, 2017. С. 294-321

2. Anderson-Berry, A.L. Neonatalsepsis / A.L. Anderson-Berry, T. Rosenkrantz. — 2014. — URL: http: // emedicine. medscape.com/article/978352-overview#a0101

3. Risk of early-onset neonatal infection with maternal infection or colonization: a global systematic review and meta-analysis / G.J. Chan [et al.] // PLoS Med. — 2013. — Vol. 10(8). — P.e1001502.

4. Тягунов Д.В. Кузьмичев Д.Е., Тягунова И.Ф., Скребов Р.В. Топографо-анатомические особенности исследования трупов новорожденных (методическое пособие). Ханты-Мансийск, ООО « Печатный мир - Ханты-Мансийск», 2018 82 с.

5. Правила проведения патологоанатомических исследований плаценты Класс XV и XVI МКБ-10. Клинические рекомендации / Франк Г. А. и др. / Российское общество патологоанатомов. - М., 2017 г.

6. Приказ №284 от 30.03.2009 г «Об утверждении инструкции по патологоанатомическому исследованию последов новорожденных.

7. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Чирков С.В. К проблеме ятрогенной патологии // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики: сборник научно-практических работ. Новосибирск, 2014 - Томск: STT, 2014. - Вып. 20. - С. 296-302.

ТЕОРИЯ И РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ДИАГНОСТИКИ «САХАРНОГО ДИАБЕТА» В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

А.С. Чубика врач – судебно-медицинский эксперт
филиал «Отделение в г. Сургуте»
Центрального зонального отдела
КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Р.Е. Глиненко заведующий филиала «Отделение в г. Сургуте» врач – судебно-медицинский экесперт
Центрального зонального отдела
КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Ю.С. Новомлинская врач – судебно-медицинский эксперт
филиал «Отделение в г. Сургуте»
Центрального зонального отдела
КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Статья посвящена одному из наиболее актуальных и распространенных заболеваний поджелудочной железы – сахарному диабету (СД). Показано, что для достижения наибольших успехов в установление окончательного судебно-медицинского диагноза «Сахарный диабет» необходимо использование всего комплекса современных методов исследования и тесного взаимодействия с клиницистами с использованием клинических и лабораторных данных.

Посмертное диагностирование сахарного диабета в практике судебно-медицинского эксперта в последнее время является весьма актуальным. Актуальность подтверждается резким ростом за последние 30 лет заболеваемости сахарным диабетом во всём мире, особенно в промышленно развитых странах. Согласно данным Всероссийского общества диабетологов на 01.01.2011г. СД в нашей стране страдают 3 млн. 100 тыс. человек, и имеется тенденция к увеличению.

Можно отметить явное несоответствие: с одной стороны – высокий уровень заболеваемости СД и высокий процент смертности от осложнений сахарного диабета, с другой – низкая частота встречаемости посмертного диагноза «сахарный диабет» в случаях внезапной смерти.

В связи с вышеизложенным, по данным архивных наблюдений, проведенных в Сургуте и Сургутском районе, СД в окончательном посмертном диагнозе (в качестве основного или комбинированного заболевания) встречается крайне редко.

За 2017г., 2018г. и 2019г. по филиалу «Отделение в городе Сургуте» общее число умерших от ненасильственной смерти с диагнозом «Сахарный диабет», составило:

За 2017г. – 0 случаев;

За 2018г. – 7 случаев;

За 2019г. (за три и часть 4-го квартала) – 13 случаев.

Из 7 случаев установления диагноза СД в 2018 году, всего один случай смерти на дому, с предоставлением достаточно информативной выписки из стационарной карты, остальные 6 случаев умершие были доставлены из центра паллиативной медицинской помощи МУЗ РФ ЧМУ «Золотое сердце» с наличием медицинской карты, лабораторных анализов и выписками из стационарных/амбулаторных карт с указанием анамнеза, лабораторных и инструментальных данных.

В 2019 году во всех случаях были предоставлены медицинские документы.

С июня 2019 года в исполнение приказа №454/124 от 12.04.2019 «О порядке взаимодействия УМВД России по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», началась практика взаимодействия с сотрудниками полиции направленная на получение медицинской документации из медицинских организаций, был разработан и внедрен в практику типовой бланк «Запроса о предоставлении медицинских документов» для судебно-медицинской

экспертизы по всем случаям ненасильственной скоропостижной смерти, с помощью которого обеспечилась возможность правомерного и своевременного получения медицинских документов из медицинских учреждений/организаций.

И как результат данной практики в 2019 году до приказа №454/124 за 1 и 2 кварталы количество посмертных диагнозов СД составило – 4 случая; после приказа за 3-й и часть 4-го квартала – 9 случаев.

Таким образом, видно, что за отчетный период 2019 года в два раза выросло количество доказанных и подтвержденных случаев смерти от СД, что свидетельствует об острой необходимости взаимодействия между собой судебно-медицинской экспертизы, правоохранительных органов и медицинских учреждений/организаций.

Кроме того, встаёт вопрос о качестве предоставляемых медицинских документов медицинскими учреждениями (в большинстве случаев это поликлиники), основную часть медицинских документов предоставляют в виде посмертной выписки, без дневников наблюдения, и самое главное, без указания лабораторных данных; другая часть предоставляется в виде копий плохого качества, зачастую которые невозможно прочесть. В результате воспользоваться данными документами не представляется возможным в виду их малой информативности и неполного объема.

Столь низкий уровень диагностики СД как основной причины смерти, на наш взгляд, вызван тем, что диагностика скоропостижной смерти вообще и от сахарного диабета в частности в процессе судебно-медицинского исследования трупа связана с целым рядом трудностей объективного характера, а именно:

- в большинстве случаев отсутствием в распоряжении эксперта медицинской документации о прижизненном состоянии здоровья умершего;
- отсутствием абсолютно специфичных для сахарного диабета патоморфологических признаков;
- отсутствием достоверных регламентированных

методик посмертного выявления сахарного диабета при скоропостижной смерти.

Теоретически посмертная диагностика сахарного диабета основывается на патоморфологических признаках и результатах дополнительных лабораторных исследований.

Патоморфологические признаки

Орган	Микроморфологические изменения органов и систем при сахарном диабете[1]
Поджелудочная железа	Атрофия и гиалиноз большей части островков, гидропическая дистрофия их клеток, дегрануляция β-клеток. Гипертрофия отдельных островков. Лимфоцитарная или мононуклеарная инфильтрация островков. Очаги фиброза и липоматоза ткани железы
Сосуды	Генерализованная микроангиопатия: плазморрагия базальных мембран сосудов МЦР, липогиалип в интиме, склероз и гиалиноз сосудов МЦР. Макроангиопатия: атеросклероз артерий эластического и мышечно-эластичеекого типа
Печень	Белковая, очаговая, диффузно-очаговая жировая дистрофия гепатоцитов. Исчезновение гликогена из гепатоцитов (м.б. диффузное и очаговое). Обильная инфильтрация липоидами ретикулоэндотелия

Почка	Отложения гликогена в прямом канальцевом эпителии. Белковая и жировая дистрофия эпителия извитых канальцев. Гиалиноз мезангия клубочков. Диффузный или узловатый гломерулосклероз
Легкие	Липогранулемы (макрофаги, липофаги, гигантские клетки инородных тел) в стенках артерий
Селезенка	Инфильтрация липоидами ретикулоэндотелия
Надпочечник	Атрофия коры надпочечника. Делипидизация коры (кома)
Гипофиз	Атрофия и деформация ацидофильных эндокриноцитов передней доли
Щитовидная железа	Атрофия фолликулов и утолщение межуточной ткани
Кожа	Ксантоматоз: группы ксантомных клеток (крупные соедительнотканные клетки, с кристалликами холестерина в цитоплазме) в дерме
Головной мозг	Накопление гликогена в нейронах, в сосудистом сплетении и в мягкой мозговой оболочке

Указанные микроморфологические изменения органов и систем при сахарном диабете (патоморфологические признаки) встречаются не всегда, в совокупности ещё реже, кроме того не являются абсолютно специфичными, встречаются при многих других заболеваниях/состояниях.

Лабораторная диагностика по биохимическим показаниям

Ряд исследований посвящены возможности диагностировать сахарный диабет по биохимическим показаниям трупной крови:

- оценка комплекса из четырех показателей: уровень глюкозы, гликированного гемоглобина, мочевины и креатинина в трупной крови [2];

- определение гликированного гемоглобина в образцах жидкой трупной крови и образцах сухого пятна [3].

Ряд авторов в своих работах утверждают, что вне зависимости от выявленных макро- и микроморфологических признаков, повышенный уровень (более 6,5%) гликированного гемоглобина в трупной крови является абсолютным диагностическим признаком сахарного диабета [4].

Несмотря на указанные разработки, многие судебно-медицинские эксперты не считают возможной диагностику сахарного диабета по биохимическим показателям, и в реальной практике указанные методики практически не используются.

Выводы.

Недооценку сахарного диабета как основной причины смерти можно объяснить отсутствием четких рекомендаций и наличием нерешенных вопросов по морфологической диагностике в установление посмертного диагноза «сахарный диабет».

Сложности и особенности забора, хранения, транспортировки образцов трупной крови для биохимического исследования (для выявления в ней гликированного гемоглобина, глюкозы, креатинина, мочевины), не вселяют оптимизм о перспективной возможности использования данной методики повсеместно и как показывает практика, не используются. Отдаленность филиала «Отделение в городе Сургуте» на значительное расстояние от лаборатории в г. Нижневартовске сводит к бесполезности проведения биохимических исследований трупной крови.

К сожалению, если не обнаружить при трупе инсулиновый паспорт или «набор диабетика» (инсулиновый шприц+флакон+леденцы), посмертная диагностика СД крайне затруднительна, и поэтому, установить такой диагноз

без учета анамнеза и медицинских документов в полном объеме, а если ещё и при жизни не диагностированного СД, в реальной практики судебно-медицинского эксперта достаточно сложно.

Литература:

1. Сахарный диабет посмертная диагностика (информационные материалы для судебно-медицинских экспертов) / Г.П. Лаврентюк (гл. редактор), В.Д. Исаков (зам. Гл. редактора), Г.В. Павлова, Е.Л. Осипова, А.Ф. Цуканова, Т.В. Горбачева, В.В. Бычков, А.В. Сгуловский, Е.В. Петрова – Санкт-Петербург, 2011 – 52с.

2. Биохимические методы исследования в практике судебно-медицинской экспертизы / Дежинова Т.А., Краевский Е.В., Попов В.Л., Заславский Г.И., Бабаханян Р.В. / Б-ка суд-мед эксперта. Вып. 5, Ст-Петербург: изд-во НИИХ СПбГУ 2001, 59с.

3. Исследование глюкозы и гликированного гемоглобина при экспертной оценке гликемического статуса потерпевших в случаях насильственной смерти / Качина Н.Н. / Автореф. дис. канд. мед. наук. М 1993.

4. О возможности посмертной диагностики сахарного диабета / Николаев Б.С., Кинле А.Ф., Самаркина О.Ю. / Судебно-медицинская экспертиза №5, 2010 – 39-40с.

5. Архивный материал филиала «Отделение в г. Сургуте» за 2017-2019г.

ПРОБЛЕМЫ ПОЗДНЕГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В.И. Ярема, Е.Х.Баринов, И.В. Осипова
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

В Российской Федерации медицина постепенно переходит в ряд «опасных» профессий, так как врач всё чаще становятся «жертвами» судебных исков со стороны пациентов, которых, по их мнению, лечении неправильно или небрежно (1).

Известно, что позднее обращение за медицинской помощью негативно влияет на исход заболеваний при экстренных хирургических заболеваниях, увеличивая процент развития осложнений, которые развиваются у пациентов даже при правильном лечении. В результате ухудшается прогноз заболевания, вплоть до летального. Как следствие вышеизложенного у пациентов и их родственников могут возникать жалобы относительно адекватности проведенного лечения, которые могут закончиться в судебных инстанциях с обязательным проведением судебно-медицинской экспертизы (1).

Нами проанализированы 6 клинических случаев с течением заболевания от 7 до 10 дней до момента обращения за медицинской помощью пациентов с острой абдоминальной патологией (острый холецистит- 3 человека и острый аппендицит- 3 человека). Все пациенты до момента поступления в стационар не получали никакого лечения. Поводом для обращения за медицинской помощью

послужило ухудшение общего состояния в виде усиления болевого синдрома, слабости, повышения температуры тела и отсутствие положительной динамики с течением времени.

Пациенты были госпитализированы в хирургическое отделение стационара и проведены соответствующие клинико-лабораторное обследования. У двух пациентов с острым аппендицитом сформировался аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования, что является противопоказанием к хирургическому лечению. Им была назначена консервативная терапия и плановое оперативное лечение через 2,5-3 мес. в объеме лапароскопической аппендэктомии. У третьего пациента с острым аппендицитом сформировался периаппендикулярный абсцесс, которому было произведено миниинвазивное вмешательство в объеме дренирования абсцесса под УЗ-контролем и назначена антибактериальная терапия и ежедневное промывание дренажа раствором антисептика, с последующим динамическим контролем и решением вопроса о дальнейшем оперативном лечении в плановом порядке. У одного пациента с острым холециститом развился острый деструктивный холецистит с перфорацией стенки желчного пузыря и развитием местного отграниченного перитонита, было произведено оперативное пособие в объеме лапароскопической холецистэктомии (далее ЛХЭ). У второго пациента с острым холециститом образовался перивезикальный инфильтрат, что не позволило произвести оперативное лечение, было проведено консервативное лечение и после стихания острого процесса назначено плановое хирургическое лечение (ЛХЭ). У третьего пациента по результатам обследования сохранялся острый воспалительный процесс, некупировавшийся несмотря на активную инфузионную, антибактериальную и спазмолитическую терапию. Пациент был прооперирован в отсроченном порядке, на операции возникли технические трудности

СОДЕРЖАНИЕ

Р.В. Скребов научно-организационный совет ку «бюро судебно-медицинский экспертизы» (начальник, председатель научно-организационного совета – Р.В. Скребов) г. Ханты-Мансийск
Анализ работы КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2018-2020 гг. 5

Орлова Е.В., Шакиров И.И., О.П. Конева (Начальник, Председатель Научно-Организационного Совета — Р.В. Скребов), Отделение Медицинской Статистики и Анализа КУ «Бюро Судебно-Медицинской Экспертизы»
Краткая аналитическая справка по исследованным трупам с обнаруженным в крови алкоголем в казенном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период с 2015 по 2019 год.....34

И.В. Алиева, П.В. Мисников КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета — Р.В. Скребов), г. Нефтеюганск
Исторические очерки развития филиала «Отделение в городе Нефтеюганске».....41

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, И.С. Мещерякова, П.В. Мисников Научно-организационный совет КУ «Бюро судебно-медицинский экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов) гг. Нижневартовск, Ханты-Мансийск
Деятельность Нижневартовского Судебно-гистологического отделения Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018, 2019, 2020 годов.....47

Т.В. Акулова, Р.А. Фаткулин (начальник, председатель Научно-организационного совета — Р.В. Скребов), пгт. Березово КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
Частный случай наступления смерти в результате нападения медведя.....57

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, А.В. Вершинин, П.В. Мисников Научно-организационный совет КУ «Бюро судебно-медицинский экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов) гг. Мегион, Ханты-Мансийск, Лангепас
Анализ деятельности Филиала «отделение в г. Лангепасе» Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018, 2019, 2020 годов 64

Д.В. Быкова, Р.В. Скребов, П.В. Мисников, Д.Е. Кузьмичев, Научно-организационный совет КУ «Бюро судебно-медицинский экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов) гг. Сургут, Ханты-Мансийск, Мегион
Анализ деятельности отдела особо сложных экспертиз в городе Сургуте КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018-2020 гг. 85

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, С.В. Маркин, П.В. Мисников Научно-организационный совет КУ «Бюро судебно-медицинский экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов) гг. Мегион, Ханты-Мансийск, Радужный
Анализ деятельности Филиала «Отделение в г. Радужный» Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018, 2019, 2020 годов.....99

А.А. Тисленко, С.Н. Тушминский, Р.В. Скребов, Д.Е. Кузьмичев, П.В. Мисников КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов) гг. Урай, Ханты-Мансийск
Анализ работы филиала «Отделение в городе урае» Ку «бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2020 год В сравнении с 2019 и 2018 годами.....118

Е.Х. Баринов, А.К.Иорданишвили, Р.Э. Калинин, Н.А. Михеева
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы (МАНЭБ)
Пределы компетентности судебно-мелицинской экспертизы по материалам дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи в уголовном судопроизводстве.....133

Е.Х.Баринов, А.Е.Баринов, С.Г.Воеводина, А.В.Иванова, А.К.Иорданишвили, И.М.Мисиров, И.В.Осипова
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы»
Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы (МАНЭБ) Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским спорам – значение экспертного заключения.....139

Е.Х.Баринов, Н.А.Мирошниченко, И.М.Мисиров
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова»
МЗ РФ, г.Москва Вопросы гражданско-правовых аспектов при лечении больных с патологией полости носа и околоносных назух.....142

М.В. Брескун, Е.А.Тищенко ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России Кемеровское областное клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы
О влиянии несоответствий в медицинских документах на качество судебно-медицинских экспертиз.....145

М.В. Брескун, Е.Х.Баринов ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медико-стоматологический университет» Минздрава России ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Выступление в судебном заседании – важный этап в работе врача.....150

С.Г.Воеводина, Е.Х.Баринов ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы»
Правовая грамотность фельдшеров ссинмп им.А.С.Пучкова г.Москвы и их отношение к допущенным дефектам при оформлении медицинской документации.....154

А.К. Иорданишвили, ЕХ.Баринов Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы; Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
Современные проблемные вопросы протезирования съемными протезами: оптимальные рекомендации по уходу и эксплуатации.....161

А.К. Иорданишвили, Е.Х.Баринов
Международная академия наук экологии, безопасности человека и природы (МАНЭБ) Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
Стоматологичское здоровье при сахарном диабете: Миф или реальность? 166

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, П.В. Мисников, И.М. Вильцев
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного совета — Р.В. Скребов)г.г. Мегион, Ханты-Мансийск
Суициды.....172

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, И.М. Вильцев, И.И. Шакиров
Научно-организационный совет КУ ХМАО-Югры
«Бюро судебно-медицинский экспертизы» (начальник,
председатель Научно-организационного совета – Р.В. Скребов)
гг. Мегион, Ханты-Мансийск
К проблеме тромбоэмболии легочной артерии.....176

А.И. Манин, Е.Х. Баринов, П.О. Ромодановский, Е.И. Манина
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А. И. Евдокимова»
Минздрава России
Аномалии зубов – важный признак при идентификации
личности.....183

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, П.В. Мисников, И.М. Вильцев
Отравление метиловым спиртом…….....187

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, П.В. Мисников,
И.М. Вильцев КУ *«Бюро судебно-медицинской экспертизы»*
г.г. Мегион, Ханты-Мансийск
Работа восточного зонального отдела за 1-е полугодие
2021 года в сравнение с 1-м полугодием 2019-2020 годов.....193

А.А. Ковалев, Р.А.Фаткулин КУ «Бюро судебно-медицинской
экспертизы» (начальник, председатель Научно-организационного
совета Скребов Р.В.) п. Игрим
Сибирская язваЭтиология и патогенез заболевания.
Видимые признаки, позволяющие предположить наличие
заболевания при наружном исследовании трупа.
Морфологическая картина при вскрытии трупав погибших
от сибирской язвы.....209

И.В. Беккер
Поучительный рассказ или а пить я больше не буду
(летние северные будни).....223

С.В.Джуваляков, Е.Х.Баринов ГБУЗ Астраханской области
«Бюро судебно-медицинской экспертизы», ФГБОУ ВО «Астраханский
государственный медицинский университет» Минздрава России,
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России
Профилактика «Врачебных ошибок»
в акушерско-гинекологической практике.....228

А.В. Вершинин, Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов,
П.В. Мисников, П.П. Гаврилов
Статистические данные деятельности судебно-медицинских
экспертов в динамике за 2017-2019 гг. в филиале
«Отделение в городе Лангепасе» Восточного зонального
отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской
экспертизы» и их практическое значение.....232

Н.В. Тарасова ГБУЗ МО «Бюро судебно-медицинской
экспертизы»
Группы дефектов рентгеновских изображений
в экспертизе живых лиц.....244

Е.Х.Баринов, А.Е.Баринов, С.Г.Воеводина, А.К.Иорданишвили,
Р.Э.Калинин, Н.А.Михеева, И.В.Осипова ФГБОУ ВО
«Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы
ДЗ Москвы» Международная академия наук экологии,
безопасности человека и природы (МАНЭБ)
Об оценке заключений судебно-медицинских экспертиз
по «медицинским» делам в гражданском судопроизводстве.....249

Д.В. Тягунов заведующий курсом судебной медицины
Медицинского института БУ ВО ХМАО–Югры
«Сургутский государственный университет»,
врач – судебно-медицинский эксперт филиала «Отделение в
городе Сургуте» Центрального зонального отдела, член Научно-
организационного совета КУ ХМАО–Югры «Бюро судебно-
медицинской экспертизы», кандидат медицинских наук, доцент,
И.Ф. Тягунова врач – судебно-медицинский эксперт

филиала «Отделение в городе Сургуте» Центрального зонального отдела КУ ХМАО–Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы
Экспертный анализ случая смерти новорожденнного после оказания доврачебной помощи.....252

А.С. Чубика врач – судебно-медицинский эксперт филиал «Отделение в г. Сургуте» Центрального зонального отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Р.Е. Глиненко заведующий филиала «Отделение в г. Сургуте» врач – судебно-медицинский экесперт Центрального зонального отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Ю.С. Новомлинская врач – судебно-медицинский эксперт филиал «Отделение в г. Сургуте» Центрального зонального отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
Теория и реальная практика диагностики «Сахарного диабета» в судебно-медицинской экспертизе.....267

В.И. Ярема, Е.Х.Баринов, И.В. Осипова ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
Проблемы позднего обращения пациентов за медицинской помощью при острых хирургических абдоминальных заболеваниях.....274

Редакционная коллегия:

Р.В. Скребов, Д.Е. Кузьмичев, П.В. Мисников,

И.И. Шакиров, И.М. Вильцев, А.А. Алеев, Д.Ф.Загвоздкин

СБОРНИК НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ СТАТЕЙ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Выпуск 5

Сборник научно-практических статей
издан казенным учреждением ХМАО-Югры
«Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Подписано в печать 16.07.2019.
Формат 60x84/16. Гарнитура «Times New Roman».
Тираж 120 экз. Заказ №.

Отпечатано ООО «Печатный мир г. Ханты-Мансийск»,
г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 46.
Тел. 334-991. E-mail: pmhm@bk.ru.

ДЛЯ ЗАМЕТОК