Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
Медицинский институт
Кафедра судебной медицины

ДЕКАБРЬСКИЕ ЧТЕНИЯ ПО СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

Сборник материалов международной научно-практической конференции

Москва, 22 декабря 2017 г.

Москва
Российский университет дружбы народов
2018

УДК 340.6(063)
ББК 58
Д28

Утверждено
РИС Ученого совета
Российского университета
дружбы народов

Под редакцией:
доктора медицинских наук, заведующего кафедрой
судебной медицины Российского университета дружбы народов,
профессора кафедры судебных экспертиз Московского
государственного юридического университета им. О.Е. Кутафина
Д.В. Сундукова

Д28 **Декабрьские чтения по судебной медицине** : сб. материалов международной научно-практической конференции. Москва, 22 декабря 2017 г. / под ред. Д. В. Сундукова. – Москва : РУДН, 2018. – 140 с. : ил.

ISBN 978-5-209-08706-9

В сборнике материалов опубликованы научные работы, представленные на научно-практической конференции с международным участием «Декабрьские чтения по судебной медицине в РУДН». В конференции приняли участие представители кафедр судебной медицины Москвы, Московской области и других регионов России.

Работы авторов посвящены судебно-медицинской экспертизе трупов, потерпевших, рассмотрению и экспертизе материалов дел, лабораторным исследованиям в судебной медицине и смежным вопросам.

Издание предназначено для преподавателей медицинских ВУЗов, судебно-медицинских экспертов, аспирантов и ординаторов кафедр судебной медицины и патологической анатомии.

ISBN 978-5-209-08706-9

© Коллектив авторов, 2018
© Российский университет
дружбы народов, 2018

Приветственное слово.

22 декабря 2017 года на кафедре судебной медицины медицинского института Российского университета дружбы народов состоялась традиционная ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «Декабрьские чтения по судебной медицине в РУДН: актуальные вопросы судебной медицины». Важно отметить, что подобные конференции проводятся ежегодно уже в течение 11 лет.

Традиционно широко была представлена география участников конференции. Если первоначально конференции проводились преимущественно с участием преподавателей, студентов и аспирантов кафедр судебной медицины Московских ВУЗов, то в дальнейшем число делегатов возросло за счет судебно-медицинских экспертов экспертных учреждений Москвы, Московской области и близлежащих регионов РФ, а затем и более отдаленных федеральных округов и стран СНГ.

В рамках названных конференций рассматриваются наиболее актуальные проблемы судебно-медицинской экспертизы и смежные вопросы, инновационные методы исследования, обсуждается тематика и актуальность научных изысканий молодых специалистов, а также условия научного сотрудничества специалистов в области судебной медицины РФ, стран ближнего и дальнего зарубежья.

Организационный комитет выражает благодарность всем участникам конференции и надеется на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

Председатель оргкомитета, проф. Сундуков Д.В.

Члены оргкомитета:
Романова О.Л.,
Баширова А.Р.,
Баринов Е.Х.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Е.В.Агзамова, Д.Е.Кузьмичев

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ КУ ХМАО-ЮГРЫ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» 4

Е.Х.Баринов, Н.А.Мирошниченко, М.У.Заманов, Е.С.Мохарева

УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ И ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 19

Е.Х.Баринов, Р.Э.Калинин, П.О.Ромодановский

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ ЭКСПЕРТА КАК ИНСТРУМЕНТ РЕТРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 27

С.Г.Воеводина

СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ». 40

Е.Р.Егоров

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ЗА СОВЕРШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ 42

Ю.В.Збруева, П.Г.Джуваляков, Г.П.Джуваляков, И.В.Вакуленко

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 46

Ю.В.Збруева[1-2], Г.П.Джуваляков[1-2], А.В.Демидюк [2], О.В.Горбанев[2]

ИНСЦЕНИРОВКА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ТРАВМЫ 48

Е.А.Ивлева[1], Д.В.Богомолов [2], Н.Е.Красников [1], А.П.Бурикова [1], В.А.Путинцев[2]

СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ БЕРЕМЕННОЙ С НЕРАСПОЗНАННОЙ ТЯЖЁЛОЙ ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ) 50

[1]ОГБУЗ «Белгородское бюро судебно-медицинской экспертизы» МЗ РФ, г. Белгород, ... 50

[2]ФГБУ ЦСМЭ(директор- д.м.н.,проф.- Ковалёв А.В.) МЗ РФ, г. Москва. 50

К.Ю.Каменева

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИГОДНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО «МЕДИЦИНСКИМ» ДЕЛАМ В ГРАЖДАНСКОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ДОКАЗЫВАНИЯ 55

Е.С.Каченкова

ДЕФЕКТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ, ПОВЛЕКШАЯ СМЕРТЬ ПАЦИЕНТА, В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗРЫВА ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ 60

Ф.И.Комаров[1], А.К. Иорданишвили[2,4], В.В. Лобейко[3], М.В. Жмудь[4], Ф.А.Карев[5]

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРГАНОМИНЕРАЛЬНЫЕ АГРЕГАТЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ И ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ 71

О.И.Косухина

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА. 74

В.В.Лобейко, М.В.Жмудь, А.К.Иорданишвили

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ СЛЮННЫХ КАМНЕЙ 75

И.Н.Лютаревич, С.В.Леонов

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЛЬЕФА ПОВЕРХНОСТИ МЕСТНЫХ РАЗРЫВОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ С ПОЗИЦИИ ФРАКТОГРАФИИ. 77

А.В. Максимов

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ – КЛЮЧ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 82

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

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПО СТЕРТОСТИ ЗУБОВ 87

Н.А.Михеева, Н.Е.Добровольская

ОБУЧЕНИЕ В ОРДИНАТУРЕ – ЗАЛОГ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ ВРАЧА-СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА..... 90

Н.Ф.Неделько

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ 94

Н.Ф.Неделько

ЛЕТОПИСЬ ПОВИВАЛЬНОГО ДЕЛА В РОССИИ И ИРКУТСКОЙ ГУБЕРНИИ..... 101

С.В.Раснюк

ОТНОСИТЕЛЬНОЕ ОСТАНАВЛИВАЮЩЕЕ ДЙСТВИЕ НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНЫХ ВИДОВ ТРАВМАТИЧЕСКОГО (НЕЛЕТАЛЬНОГО) ОРУЖИЯ МР-80-13Т, «ИЖ-79-9Т» и ПБ-4 «ОСА» 116

[1]О.Л. Романова, [1]Д.В. Сундуков, [1,2]А.М. Голубев

ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕИЙ В ПОЧКАХ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КЛОЗАПИНОМ. 121

А.В.Смирнов, Д.В.Сундуков

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕТГЕНОСТРУКТУРЫ КЛЮЧИЦ ЧЕЛОВЕКА..... 124

С.А.Степанов

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОКРОЙ ТКАНИ.. 127

Г.С.Тархнишвили, В.А.Клевно

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ СМЕРТИ ОТ ИНГАЛЯЦИИ БУТАНА..... 131

Е.В. Агзамова, Д.Е. Кузьмичев

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ КУ ХМАО-ЮГРЫ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»

Казенное учреждение ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г.г. Мегион, Ханты-Мансийск Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, Российская Федераци

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

В настоящей работе мы проанализировали деятельность и подвели итог работы лабораторных подразделений КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за прошедшие 9 месяцев 2016 года в сравнение с аналогичным периодом 2014-2015 годов. Стоит оговориться, что в нашем Учреждении имеются следующие лабораторные подразделения:

- Ханты-Мансийское судебно-гистологическое отделение;
- Нижневартовское судебно-гистологическое отделение;
- Ханты-Мансийское судебно-химическое отделение;
- Нижневартовское судебно-химическое отделение;
- Отдел особо сложных экспертиз в г. Ханты-Мансийске;
- Отдел особо сложных экспертиз в г. Сургуте;
- Судебно-биологическое отделение с генетическими исследованиями;
- Молекулярно-генетическая лаборатория;
- Медико-криминалистическое отделение.

Таблица 1

Динамика производства судебно-гистологических экспертиз и исследований за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	9 месяцев			Динамика (в %)
	2014 г	2015 г	2016 г	
Всего экспертиз и исследований	**4119**	**4317**	**4013**	**-3**
г.Ханты-Мансийск	3174 (77%)	3332 (77%)	3043 (76%)	-4
г. Нижневартовск	945 (23%)	985 (23%)	970 (24%)	3

Судебно-гистологические экспертизы и исследования трупов за отчетный период с темпом убыли (3%) за счет роста экспертиз в г. Нижневартовске (3%) и убыли в г. Ханты-Мансийске (4%).

Таблица 2

Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели судебно-гистологического отделения за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	Согласно Приказу № 346-н (на 1 должность в год)	Фактически (на занятые должности)		
		9 месяцев		
		2014 г	2015 г	2016 г
Всего экспертиз и исследований	**300**	588	616	573
Общее количество объект-исследований	**2100**	8530	8721	8667

На 1 должность врача - судебно-медицинского эксперта в судебно-гистологическом отделении установлено 300 экспертиз или 2100 условных единиц учета исследований в год. Таким образом, в динамике нагрузка на 1 занятую должность по экспертизам немного снижена, но выше установленных значений, а по общему количеству объект-исследований в 4 раза выше нормы.

Число физических лиц на занятых должностях в отчетном периоде в 2014г-4, 2015г-3, 2016г-3.

Таблица 3

Сроки проведения судебно-гистологических экспертиз за 9 месяцев 2014-2016 гг. (в %)

Сроки	**9 месяцев**			**Динамика* в%**
	2014 г	**2015 г**	**2016 г**	
До 14 дней	**78**	**91**	**59**	**-26**
г.Ханты-Мансийск	72	75	70	**-28**
г. Нижневартовск	28	25	30	**-21**
15-30 дней	**22**	**9**	**41**	**80**
15-21 день	**94**	**99**	**80 (84 Х-М, 16 Н-В)**	**80 (61 Х-М, Увеличение в 5 раз в Н-В)**
22-30 дней	**-**	**1**	**0,2 Н-В**	**Увеличение на 3 случая**

*расчет динамики в % от абсолютных чисел

За счет отрицательной динамики в экспертизах, выполненных в двухнедельный срок (26%), наблюдается положительная динамика в сроках 15-30 дней на 80%, в то же время, большая часть экспертиз выполнена в срок до 3-х недель и составляет также 80% (из них в г.Ханты-Мансийске сроки увеличились на 61%, а в Нижневартовске в 5 раз).

Таким образом, наибольшее количество экспертиз выполняется в двухнедельный срок (59%), ранее было 78%-91%, оставшаяся часть экспертиз выполнена в срок 15-30 дней (41%, из них 80% в срок до 21 дня). Экспертизы, выполненные в срок свыше 22 дней зарегистрированы в г.Нижневартовске в количестве 3 штук.

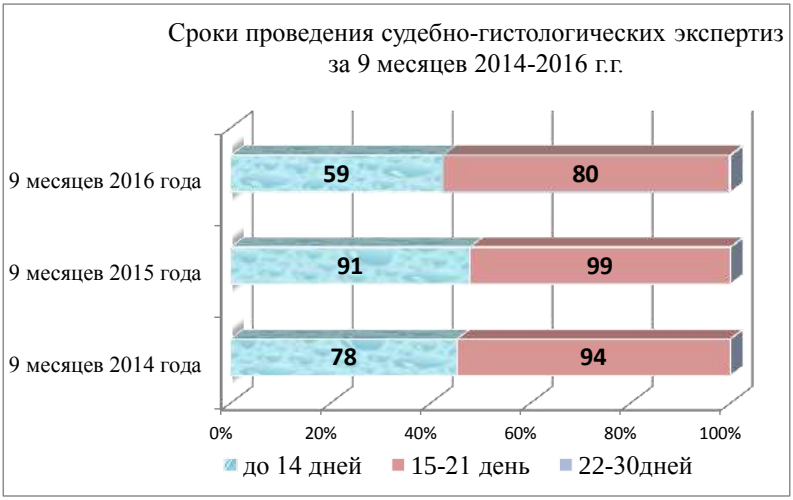


Рисунок 1

Таблица 4

Динамика производства сложных судебно-медицинских экспертиз за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	**9 месяцев**			**Динамика в %**
	2014 г	**2015 г**	**2016 г**	
Всего экспертиз	425	422	464	**9**

В динамике отмечается рост общего количества сложных судебно-медицинских экспертиз на 9%.

Таблица 5

Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели отдела особо сложных экспертиз за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	**Согласно Приказу № 346-н** (на 1 должность в год)	**Фактически** (на занятые должности)		
		9 месяцев		
		2014 г	**2015 г**	**2016 г**
Количество экспертиз (исследований)	**20**	30	22	21

На 1 должность врача - судебно-медицинского эксперта в отделе особо сложных экспертиз установлено 20 экспертиз в год. В динамике отмечается спад выполняемых экспертиз, что обусловлено увеличением занятых должностей. Если ранее 1 СМЭ выполнял объем, превышающий в 7 раз (например, в 2012 году всего 4 занятые должности), то сегодня эти цифры намного снижены за счет увеличения занятых должностей (22,25). Число физических лиц на занятых должностях уменьшилось (2014г – 4, 2015г-2, 2016г-1).

Таблица 6

Сроки проведения сложных судебно-медицинских экспертиз за 9 месяцев 2014-2016 гг. (в %)

Показатели	**9 месяцев**			**Динамика* в %**
	2014 г	**2015 г**	**2016 г**	
До 14 дней	**21**	**65**	**62** **62% Х-М** **62% Сургут**	**Увеличение в 3 раза**
15-30 дней	**23**	**21**	**28**	**32**
15-21 день	*26*	*67*	*32* *10% Х-М* *7% Сургут*	*58*
22-30 дней	*74*	*33*	*68* *11% Х-М* *29% Сургут*	*22*
Показатели	**9 месяцев**			**Динамика* в %**
	2014 г	**2015 г**	**2016 г**	
Свыше месяца	**36**	**14**	**7** **11% Х-М** **1% Сургут**	**-80**
Свыше 3 месяцев	11	2	3 5% Х-М	**-74**
Свыше 6 месяцев	3	5	1 2% Х-М	**-64**
Свыше 9 месяцев	5	1	-	**-100**
Свыше года	0,5	1	-	**-100**

*расчет динамики в % от абсолютных чисел.

За счет колоссальной отрицательной динамики в экспертизах, выполненных в срок свыше месяца (80%) наблюдается увеличение экспертиз в 3 раза, выполненных срок до 2-х недель, а также увеличились экспертизы, выполненные в срок от 15-30 дней (32%), причем большая часть выполнена до 21 дня.

В процентном соотношении в отделениях г. Сургута и г. Ханты-Мансийска большая часть экспертиз выполнена в 2-х недельный срок и составляет 62%, оставшаяся часть в срок до 30 дней также практически на одном уровне 7% в г.Сургуте и 10% в г.Ханты-Мансийске.

Свыше месяца всего 7% (ранее было 36%), из них 11% в г.Ханты-Мансийске, 1% в г.Сургуте. Свыше 3, 6 месяцев единичные экспертизы зарегистрированы только в г.Ханты-Мансийске, за отчетный период отрицательная динамика в 74%.

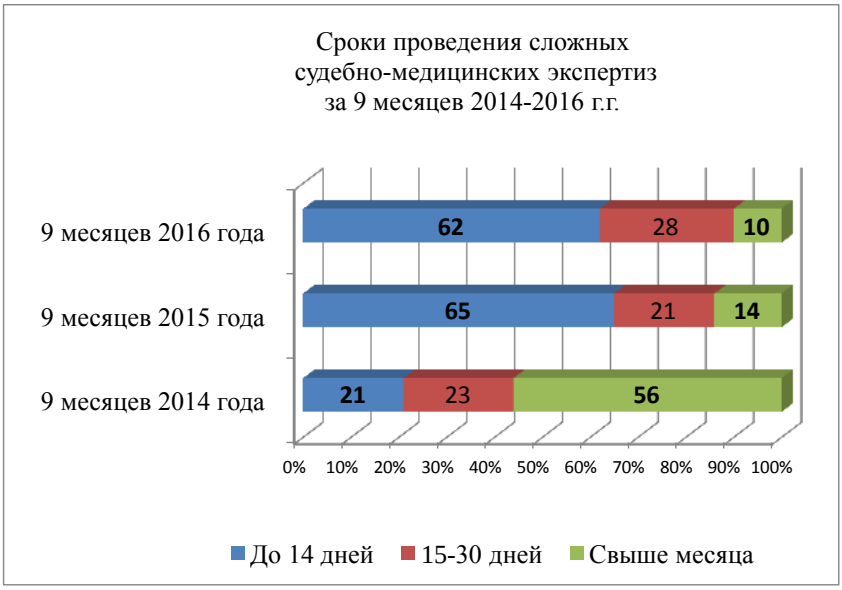


Рисунок 2

Таблица 7

Динамика производства судебно-биологических экспертиз и исследований трупов за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	9 месяцев			Динамика в %
	2014 г	2015 г	2016 г	
Всего экспертиз и исследований	325	290	333	Увеличение в 3 раза

За отчетный период количество судебно-биологических экспертиз и исследований с положительной динамикой (10%).

Таблица 8

Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели судебно-биологического отделения за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	Согласно Приказу № 346-н (на 1 должность в год)	Фактически (на занятые должности)		
		9 месяцев		
		2014 г	2015 г	2016 г
Всего экспертиз и исследований	**48**	65	58	67
Предметы	**240**	366	319	335

На 1 должность врача - судебно-медицинского эксперта в судебно-биологическом отделении установлено 48 экспертиз и 240 предметов в год. В динамике нагрузка по экспертизам и предметам практически на одном уровне, но выше установленных значений. Число физических лиц на занятых должностях уменьшилось (2014-2015г.г. – 4, 2016г. - 5).

Таблица 9

Сроки проведения судебно-биологических экспертиз за 9 месяцев 2014-2016 гг. (в %)

Показатели	9 месяцев			Динамика* в %
	2014 г	2015 г	2016 г	
До 14 дней	**66**	**67**	**66**	**2**
15-30 дней	**34**	**33**	**34**	**3**

15-21 день	*97*	*99*	*100*	*6*
22-30 дней	*3*	*1*	-	*-100*

*расчет динамики в % от абс.чисел

За счет отсутствия экспертиз, выполненных в срок от 22-30 дней, наблюдается незначительная положительная динамика экспертиз, выполненных в срок до 2-х недель (2%), а также до 3-х недель.

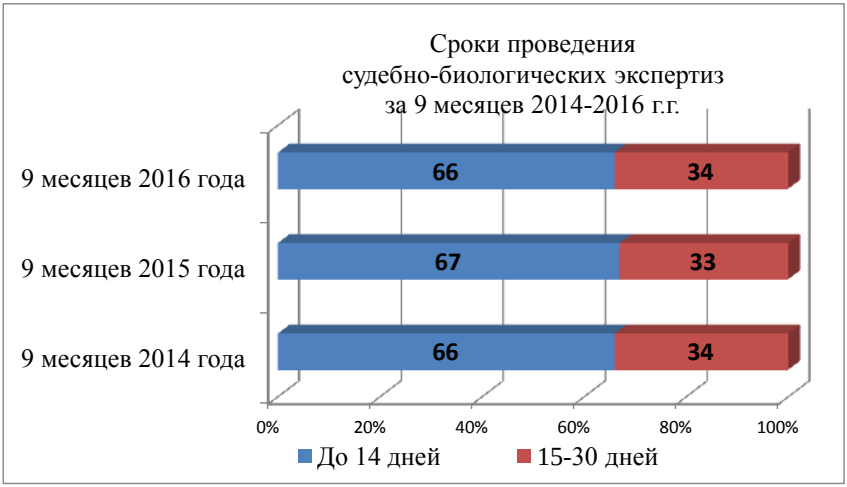


Рисунок 3

Таблица 10

Динамика производства судебно-медицинских молекулярно-генетических экспертиз и исследований за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	**9 месяцев**			**Динамика**
	2014 г	**2015 г**	**2016 г**	
Всего экспертиз и исследований	130	203	272	**Увеличение в 2 раза**

В динамике отмечается увеличение общего количества судебно-медицинских молекулярно-генетических экспертиз в 2 раза.

Таблица 11

Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели судебно-медицинского молекулярно-генетического отделения за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	**Согласно Приказу №346-н** (на 1 должность в год)	**Фактически** (на занятые должности)		
		9 месяцев		
		2014 г	**2015 г**	**2016 г**
Условные генотипы	400 у.е. при неавтоматизированном типировании/1000у.е. при автоматизированном типировании	н.1606 а. 1808	н.2549 а. 260	н.2379 а.943

На 1 должность врача СМЭ установлено 400 условных единиц при неавтоматизированном типировании/1000 у.е. при автоматизированном типировании.

Таким образом, фактические показатели превышают установленные значения в 6 раз при неавтоматизированном типировании, и практически на установленном уровне при автоматизированном типировании.

Таблица 12

Сроки проведения судебно-медицинских молекулярно-генетических экспертиз и исследований за 9 месяцев 2014-2016 гг (в %)

Показатели	**9 месяцев**			**Динамика ***
	2014 г	**2015 г**	**2016 г**	
До 14 дней	**38**	**57**	**63**	**Увеличение в 3 раза**
15-30 дней	**62**	**43**	**27**	**28**
15-21 день	*99*	*100*	*100*	*29*
22-30 дней	*1*	-	-	*-100*

*расчет динамики в % от абс.чисел

В динамике за отчетный период сроки выполнения экспертиз до 14 дней увеличились в 3 раза и составляют 63% от общего количества экспертиз, оставшаяся часть выполнена в срок до 3-х недель и составляет 27%, в динамике прирост на 29%. Свыше 21 дня экспертизы не зарегистрированы, темп убыли 100%

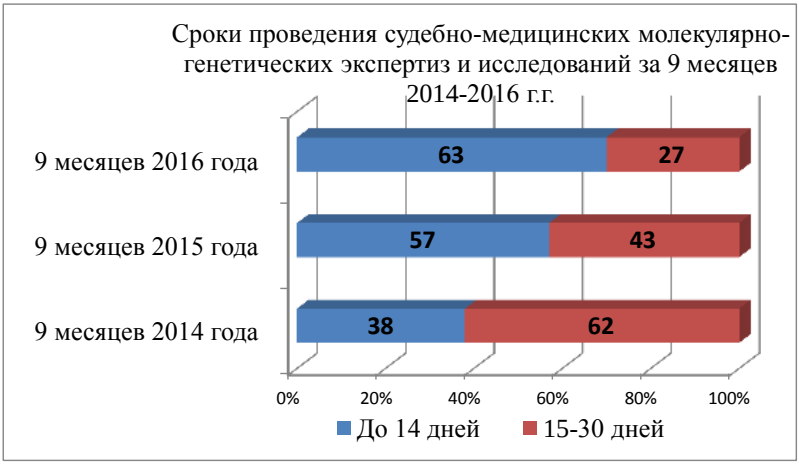


Рисунок 4

Таблица 13

Динамика производства судебно-химических экспертиз и исследований трупов за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	**9 месяцев**			**Динамика в %**
	2014 г	**2015 г**	**2016 г**	
Всего экспертиз и исследований	**3977**	**4022**	**3881**	**-2**
г. Ханты-Мансийск	*3319 (83%)*	*3392 (84%)*	*3266 (84%)*	*-2*
г. Нижневартовск	*658 (17%)*	*630 (16%)*	*615(16%)*	*-7*

Судебно-химические экспертизы и исследования трупов с отрицательной динамикой в 2% за счет убыли количества экспертиз в г. Ханты-Мансийске (2%) и в г.Нижневартовске (7%).

Таблица 14

Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели судебно-химического отделения за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	**Согласно Приказу № 346-н** (на 1 должность в год)	**Фактически** (на занятые должности)		
		9 месяцев		
		2014 г.	**2015 г.**	**2016 г.**
Общее число условных единиц (полных анализов)	**60**	103	129	116

На 1 должность врача - судебно-медицинского эксперта в судебно-химическом отделении установлено 60 полных анализов в год.

За отчетный период фактические показатели увеличены практически в 2 раза. Занятые должности увеличились (в 2014-2015 гг – 9, 2016г-10). Число физических лиц на занятых должностях на прежнем уровне (2014г – 3, 2015-2016гг-4).

Таблица 15

Сроки проведения судебно-химических экспертиз за 9 мес. 2014-2016 гг.

Показатели	**9 месяцев**			**Динамика* в %**
	2014 г	**2015 г**	**2016 г**	
До 14 дней	**3675 (92%)**	**3862 (96%)**	**3745 (96%)**	**2**
г.Ханты-Мансийск	*3017 (82%)*	*3232(84%)*	*3130 (84%)*	*4*
г.Нижневартовск	*658 (18%)*	*630 (16%)*	*615 (16%)*	*-7*
15-30 дней	**295 (7%)**	**160 (4%)**	**136 (4%)**	**-54**
15-21 день	**255**	**160**	**136**	**-47**
г.Ханты-Мансийск	*255*	*160*	*136*	*-47*
г.Нижневартовск	-	-	-	-

22-30 дней	**40**	-	-	**-100**
г.Ханты-Мансийск	*40*	-	-	*-100*
г.Нижневартовск	-	-	-	-
Свыше месяца	**7 (Х-М)**	-	-	**-100**

*расчет динамики в % от абсолютных чисел.

За счет отсутствия экспертиз, выполненных свыше месяца и отрицательной динамики в экспертизах, выполненных в срок 22-30 дней (100%), отмечается незначительная положительная динамика в двухнедельный срок (2%).

Таким образом, стабильно на протяжении всего отчетного периода большая часть экспертиз выполнена в двухнедельный срок (96%), наименьшая в срок от 15-21 дня (4%).

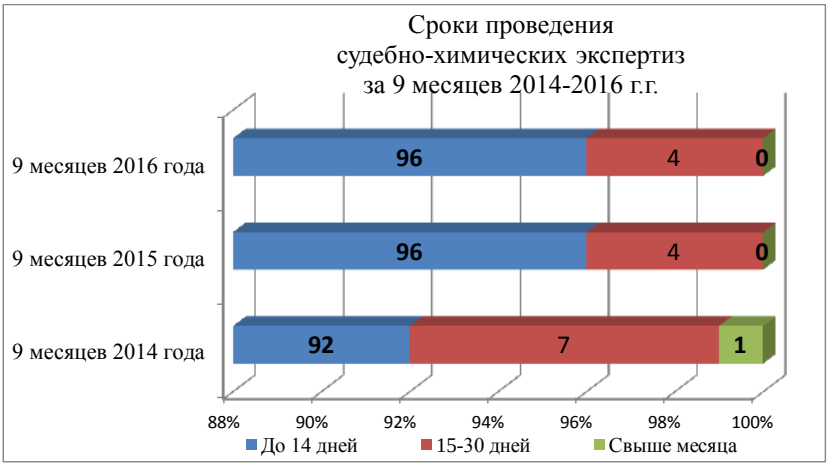


Рисунок 5

Таблица 16

Динамика производства медико-криминалистических экспертиз и исследований трупов за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	**9 месяцев**			**Динамика в %**
	2014 г	**2015 г**	**2016 г**	
Всего экспертиз (исследований)	204	236	189	-7

За отчетный период медико-криминалистические экспертизы (исследования) с темпом убыли в 7%.

Таблица 17

Рекомендуемые штатные нормативы и фактические показатели медико-криминалистического отделения за 9 месяцев 2014-2016 гг.

Показатели	**Согласно Приказу № 346-н** (на 1 должность в год)	**Фактически** (на занятые должности)		
		9 месяцев		
		2014 г	**2015 г**	**2016 г**
Количество объект-исследований	2000	4293	4888	4015

На 1 должность врача - судебно-медицинского эксперта в медико-криминалистическом отделении установлено 2000 условных единиц учета исследований в год. Таким образом, в динамике наблюдается снижение нагрузки, но фактические показатели превышают установленные значения в 2 раза. Число физических лиц на занятых должностях в отчетном периоде на прежнем уровне (1).

Таблица 18

Сроки проведения медико-криминалистических экспертиз и исследований трупов за 9 месяцев 2014-2016 гг. (в %)

Показатели	9 месяцев			Динамика* в %
	2014 г	2015 г	2016 г	
До 14 дней	**84**	**81**	**84**	**-8**
15-30 дней	**15**	**19**	**16**	**Без динамики**
15-21 день	*84*	*100*	*100*	*19*
22-30 дней	*16*	-	-	*-100*
Свыше месяца	**1**	-	-	**-100**

*расчет динамики в % от абс.чисел

Большая часть медико-криминалистических экспертиз и исследований трупов выполняется в срок до 14 дней (84%), тему убыли 8%; экспертизы, выполненные в срок 15-30 дней – 16% (из них 100% выполнено в срок 15-21 день). Экспертиз, выполненных в срок свыше 22 дней не зарегистрировано.

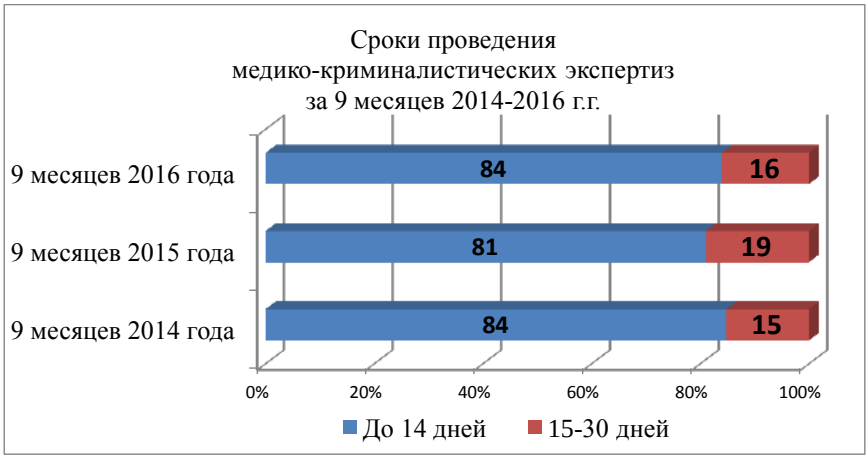


Рисунок 6

ВЫВОДЫ.

Таблица 19

Сроки проведения экспертиз (исследований) в КУ ХМАО-Югра «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 9 месяцев 2014-2016 гг (в %)

Показатели	9 месяцев		
	2014 г.	2015 г.	2016 г.
До 14 дней	78	81	77
15-30 дней	21	19	23
Свыше месяца	1	0,3	0,2
Доля выполненных экспертиз/исследований от общего количества поступивших	97	98	98

За отчетный период по Бюро доля выполненных судебно-медицинских экспертиз/исследований, от общего количества поступивших составляет 98%. Большая часть экспертиз выполнена в двухнедельный срок - 87% (ранее 78-81%), меньшая в срок 15-30 дней - 23% (ранее 19-21%). Всего 0,2% экспертиз выполнено в срок, превышающий 1 месяц.

С отрицательной динамикой судебно-гистологические, судебно-химические и медико-криминалистические экспертизы. С положительной динамикой судебно-биологические, судебно-медицинские молекулярно-генетические экспертизы и исследования, сложные экспертизы.

Кроме того, организация двух судебно-гистологических, двух судебно-химических отделений и двух отделом особо сложных экспертиз зарекомендовали себя исключительно с положительной стороны, резко снизились сроки и повысилось качество производства экспертных исследований.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Официальные статистические данные КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»;

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.05.2010 № 346н;

3. Назаров М.Г. и др. Статистика: учебно–практическое пособие. М., 2008. – 479 с.;

4. Гусаров В.М., Кузнецова Е.И. Статистика: учебное пособие для высших учебных заведений по экономическим специальностям. М., 2007 – 479 с.

Е.Х.Баринов, Н.А.Мирошниченко, М.У.Заманов, Е.С.Мохарева

УГОЛОВНО-ПРАВОВЫЕ И ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

Соотношение договорных и деликтных обязательств при оказании медицинских услуг выясняется путем разграничения уголовно-правовых и гражданско-правовых аспектов профессиональной медицинской деятельности; неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по договору о возмездном оказании медицинских услуг и деликтных обязательств; экономических (malpractice) и профессиональных (misconduct) аспектов правонарушений при оказании медицинских услуг.

Поскольку объектом медицинской помощи при оказании медицинских услуг является человеческий организм, постольку дозированное и управляемое воздействие на здоровье становится источником происхождения вопросов о соблюдении или несоблюдении публичных обязанностей в силу закона и частных обязательств в силу договора, об исполнении договорных и возникновении деликтных обязательств, а потому о публичной (уголовной) и гражданской, договорной или деликтной ответственности. По существу, речь идет о том, во-первых, когда можно медицинскую помощь признать

противоправным посягательством; во-вторых, какие причинно обусловленные медицинской помощью телесные повреждения можно признать вредом здоровью; в-третьих, в каких случаях порочно оказанная медицинская помощь (или неоказание надлежащей) приводит к наступлению уголовной, а в каких – к гражданской ответственности причинителя; в-четвертых, в каких случаях оказание медицинских услуг порождает договорную, а в каких – деликтную ответственность; и, наконец, в-пятых, в каких случаях оказание медицинских услуг не влечет наступление ни публичной, ни гражданской ответственности.

Обязанность – это то, что входит в круг возложенных на кого-либо и безусловных для выполнения, обязательных действий; правовое требование социально ожидаемого поведения, предъявляемое индивиду или группе.

К нарушениям обязанностей в силу закона из профессиональной медицинской деятельности непосредственно применимы четыре состава преступлений:

- причинение вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных ***обязанностей*** смерти (ч. 2 ст.109 УК РФ), а также тяжкого или средней тяжести вреда здоровью (ч.ч. 2, 4 ст.118 УК РФ) по неосторожности. То есть под угрозой уголовного преследования исполнение профессиональных обязанностей не должно сопровождаться причинением по неосторожности смерти, тяжкого или средней тяжести вреда здоровью. Для этих составов характерно наличие не только квалифицированного посягательства, но и его квалифицированных последствий. По преюдициальному факту (приговору суда) или в порядке предъявления иска в уголовном процессе соответствующие имущественные требования могут быть предъявлены хозяйствующему субъекту – работодателю непосредственного причинителя.

- неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, ***обязанным*** ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью (ст.124 УК РФ). То есть под угрозой

уголовного преследования исполнение обязанности в силу закона или специального правила оказывать помощь больному не должно сопровождаться без уважительных причин бездействием или не соответствующим обстоятельствам действием с причинением по неосторожности смерти или тяжкого вреда здоровью. Для этого состава также характерно наличие не только квалифицированного посягательства, но и его квалифицированных последствий. По преюдициальному факту (приговору суда) или в порядке предъявления иска в уголовном процессе соответствующие имущественные требования могут быть предъявлены хозяйствующему субъекту – работодателю непосредственного причинителя. Причинение по неосторожности средней тяжести или легкого вреда здоровью влечет наступление только гражданско-правовой ответственности хозяйствующего субъекта с правом регрессных требований к работнику как непосредственному причинителю вреда.

- заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был ***обязан*** иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние (ст.125 УК РФ). То есть под угрозой уголовного преследования исполнение обязанности иметь заботу о лице, лишенном возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, не должно при наличии возможности оказать помощь приводить к оставлению его в состоянии заведомой опасности для жизни или здоровья, причинение вреда какой бы то ни было величины это не влекло. Для данного состава характерно наличие преступного посягательства – не обязательно при оказании медицинской помощи профессионалом – вне зависимости от его последствий. По преюдициальному факту (приговору суда) или в порядке предъявления иска в уголовном процессе соответствующие имущественные требования могут быть

предъявлены хозяйствующему субъекту – работодателю непосредственного причинителя.

В отличие от публичного требования социально ожидаемого поведения, предъявляемого неопределенному кругу лиц, обязательство возникает в отношениях между категориально определенными лицами – должником и кредитором. В силу обязательства одно лицо (должник) обязано совершить в пользу другого лица (кредитора) определенное действие, как-то: передать имущество, выполнить работу, уплатить деньги и т.п., либо воздержаться от определенного действия, а кредитор имеет право требовать от должника исполнения его обязанности (п.1 ст.307 ГК РФ). В возмездном договоре каждая сторона является одновременно и кредитором, и должником по встречным обязательствам. В безвозмездном договоре в силу отсутствия встречных обязательств одна сторона выступает только должником, другая – только кредитором. В деликтных обязательствах основанием их возникновения является факт причинения вреда пострадавшему (кредитору) причинителем (должником).

Ответственность за нарушение обязательства наступает для лица, не исполнившего обязательства либо исполнившего его ненадлежащим образом (п.1 ст.401 ГК РФ). Такая ответственность, по общему правилу, наступает при наличии вины (независимо от ее формы).

Лицо признается невиновным, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательства и условиям оборота, оно приняло все меры для надлежащего исполнения обязательства (п.1 ст.401 ГК РФ). При этом в случаях, когда закон ставит защиту гражданских прав в зависимость от того, осуществлялись ли эти права разумно и добросовестно, разумность действий и добросовестность участников гражданских правоотношений предполагаются (п.3 ст.10 ГК РФ).

Отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство (п.2 ст.401 ГК РФ) – в тех случаях, когда закон предусматривает ответственность при наличии вины. Заключенное заранее соглашение об устранении или

ограничении ответственности за умышленное нарушение обязательства ничтожно (п.4 ст.401 ГК РФ).

Законом или договором могут быть предусмотрены иные основания ответственности (п.2 ст.401 ГК РФ). Законом может быть предусмотрено возмещение вреда и при отсутствии вины причинителя вреда (п.2 ст.1064 ГК РФ). Законом ***обязанность*** возмещения вреда может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем вреда (п.1 ст.1064 ГК РФ). Законом или договором может быть установлена ***обязанность*** причинителя вреда выплатить потерпевшим компенсацию сверх возмещения вреда (п.1 ст.1064 ГК РФ). Законом установлена безвиновная ответственность за последствия деятельности с источником повышенной опасности (ст.1079 ГК РФ) и за приведшие к возникновению вреда недостатки товаров, работ, услуг (ст.1095 ГК РФ). Договором может быть предусмотрена безвиновная ответственность по договорным обязательствам (п.2 ст.401 ГК РФ).

В обоих последних случаях законом и договором безвиновная ответственность возникает за вред в случаях приобретения товара (выполнения работы, оказания услуги) не для использования в предпринимательской деятельности (ст.1095 ГК РФ) и не при осуществлении предпринимательской деятельности (п.2 ст.401 ГК РФ).

При осуществлении предпринимательской деятельности, если иное не предусмотрено законом или договором, лицо, не исполнившее или ненадлежащим образом исполнившее обязательство, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (п.3 ст.401 ГК РФ). К таким обстоятельствам не могут относиться, в частности, нарушение обязанностей со стороны контрагентов должника, отсутствие на рынке нужных для исполнения товаров, отсутствие у должника необходимых денежных средств.

При оказании медицинских услуг на стороне исполнителя в договоре всегда выступает субъект предпринимательской (приносящей доходы для

бюджетных учреждений здравоохранения – п.2 ст.298 ГК РФ) деятельности (хозяйствующий субъект), на стороне заказчика – всегда потребитель-гражданин в качестве их получателя, даже если оплату этих услуг производит любое третье лицо в его пользу (ст.430 ГК РФ), в том числе работодатель, благотворительная организация или государство, в том числе в порядке обязательного медицинского страхования. За действия своих работников несет ответственность работодатель: как по договорным (ст.402 ГК РФ), так и по деликтным (ст.1068 ГК РФ) обязательствам.

По общему правилу, т.е. когда для возложения ответственности на причинителя обязательно установление вины, лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине (п.2 ст.1064 ГК РФ).

В случаях безвиновной ответственности установление вины причинителя не требуется. Для его освобождения от ответственности (от возмещения вреда) в этих случаях необходимо доказать наличие одного или нескольких из следующих оснований:

1. непричастность к факту причинения вреда.

2. правомерность причинения вреда: вред, причиненный правомерными действиями, подлежит возмещению в случаях, предусмотренных законом (п.3 ст .1064 ГК РФ).

3. действие форс-мажорных обстоятельств: при осуществлении предпринимательской деятельности, если иное не предусмотрено законом или договором, лицо, не исполнившее или ненадлежащим образом исполнившее обязательство, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (п.3 ст.401 ГК РФ).

4. вина пострадавшего: вред, возникший вследствие умысла потерпевшего, возмещению не подлежит (п.1 ст.1083 ГК РФ); если грубая неосторожность самого потерпевшего содействовала возникновению или

увеличению вреда, в зависимости от степени вины потерпевшего и причинителя вреда размер возмещения должен быть уменьшен; при грубой неосторожности потерпевшего и отсутствии вины причинителя вреда в случаях, когда его ответственность наступает независимо от вины, размер возмещения должен быть уменьшен или в возмещении вреда может быть отказано, если законом не предусмотрено иное; ***при причинении вреда жизни или здоровью гражданина отказ в возмещении вреда не допускается*** (п.2 ст.1083 ГК РФ); вина потерпевшего не учитывается при возмещении дополнительных расходов (п. 1 ст. 1085 ГК РФ), при возмещении вреда в связи со смертью кормильца (ст. 1089 ГК РФ), а также при возмещении расходов на погребение (ст. 1094 ГК РФ).

5. согласие пострадавшего при непротиворечии нравственным принципам общества: в возмещении вреда может быть отказано, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя вреда не нарушают нравственные принципы общества (п.3 ст.1064 ГК РФ).

Медицинская помощь не нарушает нравственные принципы общества, если оказывается в соответствии с правилами профессии (медицины). Что касается просьбы или согласия потерпевшего на причинение вреда, то это и служит водоразделом договорных и деликтных обязательств при оказании медицинской помощи в части волевого компонента. Любая – корректно или некорректно оказанная медицинская помощь – становится нарушением права гражданина на здоровье (таким же, как любое преступление, связанное с причинением вреда здоровью), не будучи охвачена волей правообладателя. Волеизъявление правообладателя является условием оказания медицинской помощи.

При этом по всем перечисленным основаниям, как и на причинителя, на потерпевшего распространяется презумпция разумности и добросовестности: в случаях, когда закон ставит защиту гражданских прав в зависимость от того, осуществлялись ли эти права разумно и добросовестно, разумность действий и

добросовестность участников гражданских правоотношений предполагаются (п.3 ст.10 ГК РФ).

Таким образом, в целом, под угрозой уголовного преследования врач понуждается к оказанию медицинской помощи, если обязан ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом или – при наличии возможности – в отношении лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению, в отношении которого обязан был иметь заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние.

Под угрозой имущественных последствий находится медицинская организация на случай неисполнения или ненадлежащего исполнения врачом в качестве медицинского работника обязательств перед заказчиком и профессиональных обязанностей в качестве врача (за действия работника отвечает работодатель).

Имущественные последствия для работодателя – медицинской организации – создают медицинские работники и в случае причинения вреда здоровью пациента: персональные (уголовные, для себя, если своими профессиональными действиями причинили тяжкий, по общему правилу, или средней тяжести вред), и имущественные (гражданские, для работодателя, если своими профессиональными действиями причинили легкий, по общему правилу, или средней тяжести вред), либо только последние.

Разграничение уголовно-правовых и гражданско-правовых аспектов профессиональной медицинской деятельности в целом не будет полным без демонстрации различий правовой квалификации: долженствования и возможности оказания медицинской помощи; действия и бездействия в отношении здоровья гражданина; оказания медицинской помощи без согласия гражданина и без получения такого согласия.

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. Потребности Гражданского судопроизводства в судебной медицине (монография). — LAP LAMBERT Academic Publishng RU. — 2017. — 192 с.

3. Баринов Е.Х., Гецманова И.В., Поздеев А.Р. Практика применения специальных познаний судебной медицины в суде (монография). — М.: Проспект, 2017. — 176 с.

4.Панов А.В., Тихомиров А.В. Соотношение договорных и деликтных обязательств при оказании медицинских услуг //Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 3. - С.24-31.

Е.Х.Баринов, Р.Э.Калинин, П.О.Ромодановский

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ ЭКСПЕРТА КАК ИНСТРУМЕНТ РЕТРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

В последнее время судебно-медицинская экспертиза по материалам «врачебного» дела все чаще рассматривается как разновидность ситуационной экспертизы [8]. Действительно, объектом экспертного исследования при проведении данного вида экспертизы становится процесс оказания медицинской помощи со всеми его составляющими: действиями и бездействием медицинского персонала, динамикой развития болезни, причинами и условиями исхода, случайностями и закономерностями [1]. Подобно тому, как при исследовании трупа познание эксперта направлено на танатогенез, при изучении материалов «врачебного» дела фокус познавательной деятельности эксперта сосредоточен на событиях и

обстоятельствах медицинского процесса. При этом эксперт не может ограничить исследование рамками патологических процессов, происходящих в организме пациента, в том числе под влиянием медицинского вмешательства и допущенных в нем дефектов. Эксперт должен стремиться получить информацию о поведении участников событий, в том числе врачей, среднего и младшего медицинского персонала, пациента и его родственников. Средством достижения этой цели, как правило, служит исследование содержащихся в деле документов [2].

Использование повсеместно распространенных смартфонов в ряде случаев позволяет получить аудиовизуальные доказательства и полезную информацию, доступную экспертному анализу и значимую для разрешения дела по существу. Так, в деле об оспаривании решения врачебной комиссии об отказе в выдаче листка нетрудоспособности пациентка утверждала, что комиссией не был принят во внимание характер ее трудовой деятельности (дворник), в связи с чем, при наличии признаков временной нетрудоспособности (ушиб II пальца кисти), она была необоснованно признана трудоспособной. В протоколе заседания врачебной комиссии и в записях лечащего врача действительно не содержалось ни одного указания на профессию и должность пациентки. Однако для обоснованного вывода о неправомерности действий и решений врачебной комиссии этого было недостаточно. Решающую роль сыграла видеозапись, сделанная пациенткой при помощи смартфона, где председатель комиссии на вопрос о должности пациентки ответил: «Да при чем здесь должность ваша?!» – что подтвердило нарушение порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности. Однако подобные случаи все еще остаются редкостью, а значение аудиовизуальных доказательств в разрешении «врачебных» дел не стоит переоценивать. Помимо известных сомнений в допустимости подобных доказательств (в приведенном примере председатель врачебной комиссии видел смартфон и отреагировал фразой: «Записывайте, записывайте» – что бывает крайне редко), следует помнить о том, что аудио- и видеозаписи

делаются обычно пациентами или их родственниками, не имеющими медицинского образования и не знающими, что именно нужно зафиксировать, даже если они воочию столкнулись с грубейшими нарушениями со стороны медицинского персонала. Законопроект по установке видеокамер в операционных не нашел достаточной поддержки, что было вполне ожидаемо по ряду причин как чисто технического, так и финансового, и социального характера. В итоге главным и, по сути дела, единственным способом воссоздания событий, произошедших при оказании медицинской помощи, остается экспертное исследование документов на бумажных носителях, и в ближайшее время кардинальных перемен в этом отношении не предвидится.

Исследуя приобщенные к «врачебному» делу документы, эксперт осуществляет опосредованное наблюдение процесса оказания медицинской помощи, и это наблюдение опосредовано не только прошедшим временем, но и рядом других факторов, среди которых:

- особенности чувственного восприятия субъекта-источника информации, содержащейся в документе (плохо слышащий пациент может неверно передать содержание беседы с врачом или разговора медиков между собой);

- ограниченность рационального познания субъекта-источника (лицо без медицинского образования не владеет клинической терминологией и не понимает в полной мере сути происходящего);

- некомпетентность субъекта-создателя документа (дознаватель или следователь, не имеющий познаний в медицине, допускает ошибки в тактике и методике допроса);

- заинтересованность реальных и потенциальных участников процесса в его исходе, порождающая предвзятые оценки, ложные суждения и искажение фактов;

- прерывисто-мозаичный характер отраженных в документах сведений, полученных от лиц, наблюдавших события в разное время и в разных местах.

Все эти факторы, затрудняющие ретроспективное наблюдение медицинского процесса, находятся на одной чаше весов. Что же можно положить на другую?

Прежде всего, средством преодоления вышеперечисленных препятствий при ретроспективном исследовании медицинского процесса служит профессиональная компетенция судебно-медицинского эксперта, объединяющая в себе его специальные знания, умения и навыки [9]. К примеру, в постановлениях следователей о назначении экспертизы по факту фетальной смерти нередко встречаются вопросы о причине смерти ребенка. Недостаточная подготовка следователей в вопросах медицинского права приводит к неспособности установить факт и момент рождения в соответствии со ст. 53 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также оценить наличие признаков живорождения в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 №1687н «О медицинских критериях рождения…», в связи с чем следователи не могут отличить плод от ребенка. В ряде случаев возникают объективные трудности, поскольку в подп. 4) п. 2 вышеупомянутого приказа используется довольно сложная для понимания юридическая фикция, в соответствии с которой живой ребенок некоторое время считается не родившимся. Нужно отметить, что и в протоколах патологоанатомических вскрытий приходится видеть заключения о причине «смерти ребенка» при диагнозе «антенатальная гибель плода». Используя специальные знания в области медицины и ее правовых основ, эксперт исследует медицинские документы (записи врачей, показания родильниц о шевелении плода, кардиотокограммы), определяет момент смерти и дает ему судебно-медицинскую и, по сути, экспертно-правовую оценку, необходимую и достаточную для установления характера неблагоприятных последствий предполагаемого правонарушения и для квалификации деяния медицинских работников. Так, в случае антенатальной гибели плода исключено наступление уголовной ответственности лиц из числа медицинского персонала по ч. 2 ст.

109 УК РФ [3]. Таким образом, компетенция эксперта выступает гарантией пресечения процессуальных ошибок на следствии и в суде, связанных с недостаточной осведомленностью правоприменителей, а иногда и с небрежностью патологоанатома, составившего протокол вскрытия.

Особый интерес представляет реализация экспертной компетенции в ходе комиссионной (комплексной) экспертизы по материалам «врачебного» дела. Появление новых технологий диагностики и лечения требует включения в состав экспертных комиссий все более «узких» специалистов. Однако экспертиза при этом не сводится к простому изложению мнения профильного врача-специалиста, а компетенция судебно-медицинского эксперта не теряет своей значимости. На наш взгляд, в работе экспертной комиссии в рамках экспертизы по «врачебному» делу возможны три варианта использования профессиональной компетенции экспертов. Принципиальные отличия этих подходов схематически изображены на диаграммах Эйлера. Кругами обозначены множества специальных знаний, умений и навыков экспертов, составляющие их компетенцию. Аббревиатурой СМЭ обозначен судебно-медицинский эксперт, ВС – врач-специалист.

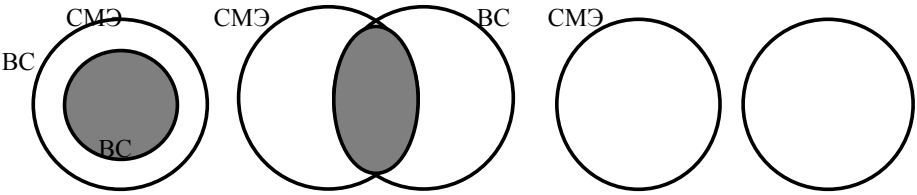


Рисунок. 1 ***Рисунок 2*** ***Рисунок 3***

На рисунке 1 показана форма сотрудничества членов экспертной комиссии, при которой компетенция эксперта, образно говоря, накладывается на компетенцию врача-специалиста – метод включения компетенций.

Вполне очевидно, что компетенция судебно-медицинского эксперта при проведении исследования документов значительно шире компетенции узкого специалиста. Специальные знания эксперта охватывают вопросы установления причины смерти, определения степени тяжести вреда здоровью пациента, выявления причинно-следственных связей, при этом эксперт располагает умениями и навыками исследования документов, способен правильно применять нормативные правовые акты, регулирующие медицинскую деятельность, при анализе обстоятельств конкретного «врачебного» дела. Врач-специалист в составе экспертной комиссии должен оказать эксперту помощь, раскрывая особенности и специфику медицинского процесса в данной области медицинской деятельности. Данная специфика обычно доступна пониманию эксперта и находится в пределах его компетенции. Не случайно Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам…» требует наличия у судебного медика подготовки по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия».

В свою очередь узкий специалист клинического профиля в вопросах причины смерти, вреда здоровью и установления причинных связей некомпетентен. Навыки исследования документов, имеющиеся у врачей-клиницистов, в судебно-медицинской экспертизе практически неприменимы. Даже организаторы здравоохранения и сотрудники клинических кафедр медицинских вузов, владеющие методиками экспертизы временной нетрудоспособности, рецензирования историй болезни, медико-социальной экспертизы и т.п., провести судебно-медицинское исследование документов самостоятельно, как правило, не могут. Исследуя документацию, они акцентируют внимание на отдельных фактах, в то время как для судебно-медицинской экспертизы необходимо восстановить всю хронологию событий, воздерживаясь от преждевременной оценки до момента получения полной картины произошедшего. К сожалению, способность клиницистов к применению порядков оказания медицинской помощи, стандартов

медицинской помощи и других нормативно-правовых актов до сих пор оставляет желать лучшего. Действие законодательных и подзаконных актов во времени, пространстве и по кругу лиц, их иерархия врачам-клиницистам в большинстве случаев неизвестны. В качестве характерного примера можно привести заключение эксперта по уголовному делу, в котором врач-кардиолог федерального научно-исследовательского клинического центра, имеющая высшую квалификационную категорию, профессор, доктор медицинских наук, анализируя случай оказания медицинской помощи в Московской области, пришел к категоричному выводу о наличии в действиях врачей грубых дефектов, мотивируя это нарушением приказа Департамента здравоохранения г. Москвы (и только этим). При этом убежденность данного эксперта в своей правоте была так велика, что все возражения судебных медиков были отвергнуты, и следователю были направлены два заключения с разногласием членов экспертной комиссии в порядке ч. 2 ст. 200 УПК РФ, что привело к назначению дополнительной экспертизы, которой вполне можно было избежать [11].

Таким образом, компетенция эксперта покрывает компетенцию врача-специалиста, и в области их соприкосновения происходит совместное применение специальных знаний в целях компетентного судебно-медицинского исследования документов. В пределах компетенции клинициста находятся специальные знания судебного медика о течении патологии, методах ее диагностики и лечения, клинической симптоматике и т.д., полученные в медицинском вузе. Эти знания дополняются более глубокими познаниями клинициста по конкретной медицинской специальности.

Включение компетенций происходит не только при взаимодействии членов экспертной комиссии, но и в процессе экспертного исследования документов, составленных врачами-специалистами (акты экспертизы качества медицинской помощи, протоколы КИЛИ и др.). В большинстве случаев это специалисты клинического профиля, но в некоторых случаях возможно включение компетенции других специалистов, в частности, эпидемиологов.

Так, по уголовному делу о групповом заражении ВИЧ-инфекцией в детском стационаре санитарно-эпидемиологическим расследованием было установлено, что причиной инфицирования детей стало нарушение средним медицинским персоналом правил ухода за внутрисосудистыми катетерами, а именно использование общего флакона для промывания венозных катетеров, в результате чего произошла передача вируса от одного ВИЧ-инфицированного ребенка к трем здоровым детям. Эти обстоятельства, изложенные в актах санитарно-эпидемиологического расследования, доступны судебно-медицинскому экспертному исследованию, анализу и оценке, поскольку речь идет о парентеральном механизме передаче вирусов, о чем у эксперта имеются достаточные специальные познания. Вместе с тем перед экспертом стояла задача установить степень тяжести вреда здоровью, причиненного ВИЧ-инфицированием, что относится к исключительной компетенции судебного медика.

На рисунке 2 представлен вариант коллективного экспертного процесса, при котором происходит взаимное проникновение компетенций судебного медика и узкого специалиста – метод совмещения компетенций. В ряде случаев при проведении экспертизы по «врачебному» делу требуется использовать специальные знания, которыми располагает только узкий специалист, а судебно-медицинский эксперт таких знаний не имеет. Это могут быть вопросы техники хирургической операции, эксплуатации медицинского оборудования, дозировки препаратов при проведении химиотерапии злокачественной опухоли и т.п. На первый взгляд, подобные вопросы принадлежат исключительной компетенции специалиста соответствующего профиля, и участие судебного медика для решения таких вопросов не требуется. В действительности это не так. Приведем пример из практики, наглядно иллюстрирующий необходимость участия судебно-медицинского эксперта в исследовании документов, которое осуществляет узкий специалист.

Комиссионная судебно-медицинская экспертиза проводилась по гражданскому делу, связанному со смертью пациентки после пластической

операции. Исследуя данные поминутного дыхательного мониторинга, член экспертной комиссии – врач-анестезиолог-реаниматолог – выявил акапнию на выдохе в течение 22 минут, вслед за которой через 6 минут произошло резкое падение сатурации до 0, продолжавшееся 16 минут. Далее отмечалась гиперкапния и через 3 минуты – подъем сатурации до 96. Основываясь на этих данных, анестезиолог пришел к категоричному выводу об ошибочной интубации пищевода и последующей повторной интубации, второй раз – трахеи. Данный вывод был лишен достаточных оснований и не подтверждался материалами дела, что привело к оспариванию ответчиком результатов экспертизы, привлечению к судебному разбирательству «независимого» специалиста, рецензия которого поставила выводы экспертов под сомнение, допросу экспертов в судебном заседании и в конечном итоге – к подаче апелляционной жалобы на решение суда и затягиванию процесса. Всего этого можно было избежать при правильном использовании специальных знаний и умений членов экспертной комиссии путем совмещения их компетенций. Однако судебные медики не приняли деятельного участия в исследовании документированных данных дыхательного мониторинга, в связи с чем анестезиолог, не имевший опыта работы в составе экспертных комиссий, совершил типичные ошибки, которые вряд ли допустил бы судебно-медицинский эксперт. Во-первых, он исходил из ложной дедуктивной посылки, что падение сатурации и акапния во время ИВЛ всегда обусловлены интубацией пищевода, и, как следствие, пришел к ложному дедуктивному заключению, что именно это событие и произошло. При этом не были рассмотрены иные версии: неисправность аппарата ИВЛ, отсутствие газа в кислородном баллоне, перегиб трубки дыхательного контура, первичная остановка кровообращения и т.д. Во-вторых, постановка интубационной трубки в пищевод вкупе с введением миорелаксантов приводит к механической асфиксии, при которой смерть наступает, в среднем, через 6-8 минут (а она не наступила и через 44 минуты, пациентка умерла через месяц в другом стационаре от тромбоэмболии легочной артерии), о чем врач-анестезиолог,

скорее всего, просто не знал. Именно эти ошибки могли быть устранены судебными медиками, поскольку применение законов формальной логики при формулировке выводов и сроки наступления смерти при механической асфиксии находятся в их компетенции [10]. Врач-анестезиолог, будучи клиницистом, использовал клиническое мышление в поисках точного диагноза (интубация пищевода), не учитывая того факта, что возможности реконструкции событий и обстоятельств медицинского процесса в данном случае были существенно ограничены, а данные дыхательного мониторинга – недостаточны для воспроизведения полной картины случившегося. Судебные медики должны были учесть пределы достоверности ретроспективного наблюдения процесса оказания медицинской помощи (комиссия отмечала «ограниченную пригодность» медицинских карт и признаки недостоверности отраженной в них информации) и соотнести количество и качество сведений, содержащихся в документах, с характером сделанных выводов. Клиническое мышление по природе является проспективным, оно не может быть единственной основой судебно-медицинской оценки, и «врачебные» дела в этом отношении не следует рассматривать в качестве исключения [1]. Уже на этапе исследования документов доминирующим началом должно быть мышление экспертное. Совмещение компетенций судебно-медицинских экспертов и узких специалистов в ходе комиссионной экспертизы по материалам «врачебных» дел должно служить средством повышения качества документарной ретроспекции и, в конечном счете, качества экспертных заключений.

В отдельных случаях совмещение компетенций предписано законодательством в обязательном порядке. В частности, системное толкование пп. 6 и 12 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 №522, позволяет утверждать, что определение степени тяжести вреда здоровью, причиненного прерыванием беременности, осуществляется путем совмещения компетенций акушера-гинеколога и судебного медика. Очевидно,

что данное предписание носит не формальный, а содержательный характер, и речь в нем идет о совместной деятельности экспертов.

В экспертной практике возникают ситуации, в которых включение либо совмещений компетенций членов экспертной комиссии невозможно. В таких случаях компетенции экспертов разделены процессуально, в связи с чем любая форма их сочетания не допускается. В частности, это нередко происходит при наличии в составе экспертной комиссии врача-психиатра, пластического хирурга, специалиста по медико-социальной экспертизе или врача-стоматолога. К примеру, эстетический результат пластической операции может быть оценен только пластическим хирургом, судебный медик в таких вопросах некомпетентен и какого-либо участия в их решении принять не может. Однако вопросы изгладимости повреждений лица, причиненных пластической операцией, находятся в исключительной компетенции судебно-медицинского эксперта в силу п. 6.10 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 №194н. Данный пункт определяет изгладимость как свойство повреждения, никак не связанное с возможностью хирургической коррекции, и тем самым выводит вопрос за пределы компетенции пластического хирурга. Как эстетический результат операции, так и изгладимость ее последствий не могут быть оценены без исследования документов, прежде всего, фотографий, сделанных до и после хирургического вмешательства, либо до и после каждой операции, если их было проведено несколько. Однако предмет исследования документов будет совершенно разным, и компетенция экспертов, исследующих одни и те же документы, никоим образом пересекаться не будет. В таком случае можно говорить о методе разделения компетенций, который схематически показан на рисунке 3.

Легко видеть, что методы включения и совмещения компетенций подходят для комиссионной экспертизы, тогда как разделение компетенций должно осуществляться в рамках экспертизы комплексной. Определяя характер проводимой экспертизы, лицам, ее назначающим, а также руководителям

экспертных учреждений, следует помнить, что если компетенция хотя бы одного эксперта полностью отделена от остальных членов комиссии, то экспертиза является комплексной, даже если все остальные компетенции совмещаются. Проведение экспертизы в гибридной «комиссионно-комплексной» форме законом не предусмотрено.

Реализация профессиональной компетенции эксперта в ходе исследования документов, входящих в материалы «врачебных» дел, является основным средством ретроспективного наблюдения процесса оказания медицинской помощи. Компетенция эксперта – это тот окуляр, через который эксперт «заглядывает в прошлое», и чем толще линза этого окуляра, чем больше знаний, умений и навыков использует эксперт, тем выше четкость изображения. В рамках комиссионной экспертизы члены комиссии проводят ретроспективное наблюдение совместно, в рамках комплексной экспертизы – раздельно. В любом случае соответствие результата ретроспекции истинным обстоятельствам медицинского происшествия зависит от количества и качества исследуемых документов. Ведущая роль в исследовании материалов «врачебного» дела должна отводиться судебным медикам, в связи с чем их включение в состав экспертных комиссий является абсолютно необходимым. Организационно-методическое обеспечение экспертизы по «врачебному» делу должно осуществляться судебно-медицинским экспертом даже в тех случаях, когда предметная область экспертизы, на первый взгляд, не связана с областью его профессиональной деятельности (при нелетальном исходе оказания медицинской помощи, отсутствии вопросов о степени тяжести вреда здоровью в определении о назначении экспертизы). Полноценное и качественное исследование документов без участия судебного медика невозможно.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баринов Е.Х., Косухина О.И., Ромодановский П.О. Правовые различия и общность судебно-медицинской экспертизы и медицинской деятельности // Философские проблемы биологии и медицины: Сб. науч.

трудов /Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова. – М., 2015. – с. 367-369.

2. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз, связанных с дефектами оказания медицинской помощи в стоматологии // Медицинское право: теория и практика. – 2015. - №1(1). – С. 185-193.

3. Венев Д.А. Судебно-медицинская экспертиза причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей // Медицинское право. – 2015. - №4(62). – С. 17-20.

4. Допрос как средство получения доказательств по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи / Ерофеев С.В., Семенов А.С., Астраух А.А. [и др.] // Медицинское право: теория и практика. – 2017. - №1(5). – С. 229-243.

5. Зарицкая Л.П. Взаимодействие профпатологической службы и смежных экспертных медицинских комиссий // Актуальные проблемы транспортной медицины. – 2010. - №4(22). – с. 59-65.

6. Кириллова Н.П. Доследственная проверка по сообщениям о преступлениях, совершаемых при оказании медицинской помощи пациентам в лечебных учреждениях // Уголовное производство: процессуальная теория и криминалистическая практика: Сб. науч. трудов /Санкт-Петербургский государственный университет. – Симферополь, 2017. – С. 69-71.

7. Козлов С.В. Анализ расхождений судебно-медицинского и клинического диагнозов // Медицинское право. – 2012. - №2(42). – С. 43-46.

8. Козлов С.В., Сергеев Ю.Д. Методология ситуалогической судебно-медицинской экспертизы медицинского происшествия // Медицинское право. – 2012. - №1(41). – С. 3-6.

9. О компетенции врачей – судебно-медицинских экспертов и врачей-специалистов в уголовном судопроизводстве / Сухарева М.А., Балашова И.Л.,

Михеева Н.А. [и др.] // Медицинское право: теория и практика. – 2015. - №1(1). – С. 341-349.

10. Перепелкина А.В., Богомолова И.Н., Богомолов Д.В. Роль и перспективы использования прикладной логики в современной судебной медицине: новый взгляд // Медицинская экспертиза и право. – 2013. - №5. – С. 5-7.

11. Сергеев Ю.Д., Козлов С.В. Экспертные ошибки при судебно-медицинской экспертизе неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи // Медицинское право. – 2015. - №4(62). – С. 3-6.

12. Широков К.С. Медицинское прерывание беременности, совершенное без медицинских показателей: уголовно-правовая оценка // Проблемы развития современной науки: фундаментальные и прикладные исследования (технические, экономические, социальные, философские, исторические, педагогические, правовые тенденции): Сб. науч. трудов /Сахалинский институт железнодорожного транспорта. – Южно-Сахалинск, 2017. – С. 171-175.

С.Г.Воеводина

СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ».

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

Распространение Закона по защите прав потребителей на сферу медицины и переход в отношениях «врач-пациент» к понятию медицинская услуга привело к смене модели этих отношений с патерналистической на партнерскую. Но готовы ли обе стороны отношений к таким переменам?

Если патерналистическая модель предполагает, что пациент во всем, что касается своего здоровья, полагается на врача и врач несет 100% ответственности за его здоровье, то современная партнерская модель вводит

для пациента не только права, но и обязанности. При партнерской модели пациенту необходимо понять, что за свое здоровье он отвечает сам.

В Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в статье 27 закреплены основные обязанности граждан в сфере здравоохранения:

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Но что же мы видим на самом деле? Пациенты продолжают настаивать на том, что их здоровье – это проблема врача, они хотят иметь свой правовой статус при обращении в медицинское учреждение, но забывают, что он предполагает не только права, но и обязанности, а также ответственность.

Пациенты очень любят напоминать о своих правах и об обязанностях врача по отношению к ним, и очень удивляются, когда узнают, что тоже имеют определенные обязанности. Тогда они применяют свой главный аргумент: «ну вы же клятву давали». Причем, если подробнее расспросить про эту клятву, пациенты не только не знаю ее содержания, но иногда и не могут правильно назвать автора.

Пациенты очень любят сравнивать модель Российской медицины с Западной, но не хотят признать тот факт, что партнерская модель предполагает участие обоих участников отношений.

К сожалению, и врачи не торопятся к партнерству с пациентами. Это связано не только с нежеланием вести диалог, отвечать на вопросы (порой кажущиеся врачу глупыми, но важными для пациента), но и с жесткими временными рамками, установленными на прием одного пациента, с созданием различных стандартов, алгоритмов, рекомендаций при оказании медицинских услуг. Причем все эти документы, носящие рекомендательный характер, при разборе жалоб или обращении пациента в суд, принимаются юристами как стандарт, которому врач должен был неукоснительно следовать.

Как мы видим, обе группы участников правоотношений не готовы к реализации установленных государством норм, соответствующим международным требованиям. Основной причиной этому является низкий уровень правовой грамотности обеих групп. И, если пациенты непрерывно повышают свой уровень правовой грамотности (часто однобоко), то врачи, в большинстве своем, дистанцируются от этой проблемы.

В соответствии с вышеизложенным нужно признать, что необходимо совершенствовать имеющиеся нормативно-правовые акты так, чтобы существовала не только социальная и правовая защищенность пациентов от неквалифицированных врачей, но и социальная и юридическая защищенность врачей от необоснованных жалоб пациентов.

Е.Р.Егоров

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ЗА СОВЕРШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

В законодательстве Российской Федерации ответственность врача, медицинского учреждения перед пациентом оговорена в целом ряде законов и

подзаконных актов, начиная с "Правил предоставления платных медицинских услуг населению..." и заканчивая Уголовным Кодексом Российской Федерации.

Однако, прежде всего, хочется заметить, что ответственность (в том числе и уголовная) наступает не по факту совершения врачебной ошибки, а по факту совершения правонарушения или преступления. Таким образом, врачебная ошибка, не повлекшая за собой причинение вреда здоровью или жизни пациента, нарушение его гражданских прав, остается на совести медицинского работника и говорит скорее о его некомпетентности.

Тем не менее, существует ряд статей в российском законодательстве устанавливающих ответственность медицинских работников за оказание некачественных медицинских услуг, неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора и причинение вреда здоровью граждан. Так в разделе XII "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" оговариваются основания возмещения вреда причиненного здоровью граждан, а так же порядок возмещения затрат на оказание медицинской помощи и ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья (ст.66; 67; 68).

Этому же вопросу гражданской, имущественной ответственности фактически посвящены ст.13 и 14 Закона РФ "О защите прав потребителей".

Медицинские правонарушения

Проступки: Не несут в себе серьезного ущерба личности и обществу.

Преступления: Несут серьезный ущерб личности и обществу вплоть до уголовной ответственности, частая причина преступления – неосторожность.

Преступная самонадеянность: врач предвидит или должен предвидеть возможности опасного последствия своих действий, но легкомысленно рассчитывает на их предотвращение.

Умышленное преступление по прямому умыслу («хотел» так сделать, и сделал)

Умышленное преступление с косвенным умыслом, с проявлением безграмотности (не знает технологии процесса, но его совершает)

Преступная небрежность: врач не предвидит опасных последствий своих действий, но должен и может их предвидеть (переливание разногрупповой крови, оставление медицинского инструментария или перевязочного материала внутри пациента…)

Крайняя необходимость: врач находится в безвыходном положении и может предотвратить существенный вред путем причинения другого, менее значимого вреда (наложение трахеостомической трубки).

Неоказание помощи: есть компетенция (сертификат на данный вид деятельности), но помощь не оказана; если врач не сертифицирован на данный вид деятельности (трахеостомия, любая, даже самая простая операция), то его отказ от выполнения той или иной манипуляции не является неоказанием помощи.

Ст.293 УК РФ «Халатность»: неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло за собой нарушение прав и законных интересов граждан (на жизнь).

Несчастный случай: ситуация, которую врач не мог ни предвидеть, ни предотвратить.

Следует также отметить, что если лицо, совершившее преступление, не предвидело, и по обстоятельствам дела не должно было или не могло предвидеть наступление общественно опасных последствий своих действий, то такое лицо закон рассматривает как невиновное. Но медицинский работник, тем более квалифицированный врач-специалист, обязан предвидеть и предотвратить наступление общественно опасных последствий и причинение вреда здоровью пациента.

Количество врачебных ошибок, ежегодно совершающихся, например, в Германии, по оценке организации по защите прав пациентов, составляет около 100 тысяч случаев в год. В России, за неимением вышеупомянутой организации, статистика отсутствует.

Не всегда в побочных эффектах лечения виноват персонал больницы. Однако примерно в половине случаев неприятностей можно было бы избежать, если бы врачам и медсестрам хватило квалификации и времени. Сейчас занятость просто не позволяет уделять достаточно внимания многим тяжелым пациентам. Вследствие чего и возникают ситуации названные «врачебной ошибкой».

Кроме того, недочеты в работе медиков наносят серьезный экономический ущерб за счет увеличения сроков пребывания в больнице.

Советы врачам согласно современным реалиям жизни:

Не мы выбираем общество и не нам писать законы. Раз уж медицину приравняли к потребительским услугам, то придется работать в тех условиях, которые навязало наше общество.

Раз медицинские работники простые представители услуг, то нужно и следовать этим законам, но не давать на себе наживаться. Общество навязало медицинским работникам ситуацию войны с пациентами, в которой они должны быть вооружены. В данном случае знаниями законов. Ибо на сегодняшний день получается: что врачу гораздо важнее знать законы, чем медицину и можно сделать пациенту все что угодно. Но, если карточка будет оформлена грамотно и во всех нужных местах, будут стоять нужные подписи, то ни один суд не сможет ничего доказать.

В завершении хочется еще раз обратить внимание руководителей медицинских учреждений на то, что в соответствии с законодательством Российской Федерации за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни пациентов ответственность несут медицинские учреждения в целом.

ЛИТЕРАТУРА:

1.«ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН» (в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ)

2.Собрание законодательства Российской Федерации, N 3, 15.01.96 г. ст.140 «Закон о защите прав потребителей»

3.УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 5 июня 1996 года (в ред. Федеральных законов от 27.05.98 N 77-ФЗ,от 25.06.98 N 92-ФЗ, от 09.02.99 N 24-ФЗ, от 09.02.99 N 26-ФЗ,от 15.03.99 N 48-ФЗ, от 18.03.99 N 50-ФЗ, от 09.07.99 N 156-ФЗ,от 09.07.99 N 157-ФЗ, от 09.07.99 N 158-ФЗ)

Ю.В. Збруева, П.Г. Джуваляков, Г.П. Джуваляков, И.В. Вакуленко

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, г. Астрахань

История организации, становления и развития кафедры судебной медицины Астраханского государственного медицинского университета неотделима от истории всей судебно-медицинской службы Астраханской области.

Начало существования кафедры, как самостоятельного учебного подразделения Астраханского государственного медицинского института (АГМИ) относится к 1924 году, когда в заведование кафедрой вступил доцент, а впоследствии профессор, А.П. Курдюмов. Ему удалось построить преподавание судебной медицины на материале городской судебно-медицинской экспертизы и научно-технической лаборатории уголовного розыска.

В 1932 году заведовать кафедрой стал профессор И.В. Слепышков. Основное направление научных исследований касалось вопросов судебно-медицинской травматологии.

Великая Отечественная война перечеркнула первые ростки зарождающегося учебно-педагогического процесса на кафедре. Период эвакуации в г. Барнаул, и возвращения кафедры в Астрахань был особенно тяжелым.

С 1946 года заведовать кафедрой стал доцент М.Г. Береза. По его инициативе при кафедре в 1947 г. было организована областная судебно-медицинская лаборатория, включающая гистологическое, бактериологическое, судебно-химическое и биологическое отделения, которые использовались как для преподавания, так и для научных исследований.

В 1950 году на штатную должность ассистента был назначен В.А. Сундуков. С 1953 года по настоящее время кафедра находится на базе областного бюро судебно-медицинской экспертизы. Закончили и защитили диссертации: доцент М.Г. Береза – докторскую: «О казуальности стафилококков при экспертизе сепсиса» и ассистент В.А. Сундуков – кандидатскую: «Материалы к судебно-медицинской диагностике острых отравлений нефтяным газом многосернистой нефти».

С 1956 года кафедру возглавлял доцент, а затем профессор В.А. Сундуков. Основным направлением научных исследований сотрудников кафедры в этот период были «Морфофункциональные изменения системы микроциркуляции при черепно-мозговой травме и других экстремальных состояниях». Защищена докторская диссертация В. А. Сундуковым «Состояние артериальной сети головного мозга при скоропостижной и некоторых видах насильственной смерти» (1973 г.) Кадидатские диссертации: В. И. Мосунов «Сдвиги свободных аминокислот при скоропостижной смерти от ишемической болезни сердца» (1973 г.); Г. П. Джуваляков «Исследование возрастных особенностей лобной кости человека в судебно-медицинском отношении» (1975 г.); Н.И. Дудина «Судебно-медицинское значение изменений

артериальной сети головы при тяжелой закрытой черепно-мозговой травме» (1976 г).

В 1990 году профессор В. А. Сундуков перешел на должность профессора кафедры, и в заведование вступил доцент Г. П. Джуваляков.

С 2010 года в заведование вступил к.м.н., доцент П. Г. Джуваляков. В 2014 году защищена докторская диссертация заведующим кафедрой, доцентом П.Г. Джуваляковым «Судебно-медицинские алгоритмы решения экспертных задач в случаях инфекционной патологии у потерпевших».

В 2015 году защищена кандидатская диссертация доцентом кафедры Збруевой Ю.В. «Судебно-медицинское значение вариантов танатогенеза при механической травме в различные сроки посттравматического периода».

В настоящее время кафедра осуществляет свою деятельность на базе ГБУЗ АО «БСМЭ», которое возглавляет в данное время начальник бюро Царев А.Н.

Ю.В. Збруева[1-2], Г.П. Джуваляков[1-2] , Демидюк А.В.[2], О.В. Горбанев[2]

ИНСЦЕНИРОВКА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ТРАВМЫ

[1] ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава РФ, г. Астрахань
[2] ГБУЗ АО «БСМЭ», г. Астрахань

Осмотр места происшествия является важнейшим следственным действием, которое направлено на обнаружение и изъятие материальных следов, точную фиксацию обстановки происшествия.

Всем известно, что осмотр места происшествия производится практически по всем совершенным преступлениям, что позволяет следователю в полном объеме выявить и понять суть произошедшего и обстоятельств, имеющих значение для дела, ознакомиться с обстановкой места происшествия, обнаружить следы преступления и других вещественных доказательств. Также велико значение осмотра трупа, как и осмотр места происшествия. Успехи и

неудачи в расследовании убийств зависят от результатов осмотра места происшествия и трупа.

Именно при тщательном обследовании всей обстановки места происшествия с соблюдением рекомендаций криминалистики следователь может обнаружить несоответствие отдельных элементов этой обстановки, различные противоречия, которые и явятся поводом к выдвижению предположения об инсценировке.

Место происшествия всегда следует изучать критически. Всегда нужно быть готовым взять под сомнение то или иное обстоятельство, всесторонне его рассмотреть, имея ввиду, что оно может быть специально преподнесено следователю. Рекомендуется всегда при этом задавать себе вопрос, не инсценирована ли обстановка места происшествия, не фальсифицированы ли отдельные детали и следы.

Приводим пример из нашей практики. Из обстоятельств дела известно, что труп мужчины обнаружен лежащим в железнодорожной колее. В ходе осмотра места происшествия на трупе обнаружены телесные повреждения в виде ампутации головы, верхней левой конечности, колото-резанной раны спины, а также множественных ссадин и кровоподтеков различных анатомических областей тела.

В процессе производства медицинской судебной экспертизы применялись стандартные методики секционного исследования, дополненные судебно-гистологическим, судебно-биологическим и медико-криминалистическим методами.

Принимая во внимание обстоятельства, изложенные в постановлении о назначении экспертизы, результаты полученных исследований, установлена причина смерти – механическая асфиксия в результате сдавления шеи тупым предметом. Этот вывод основывался на наличии характерной макроморфологической картины, т.е. кровоизлияния в соединительную оболочку век, в кончик языка, в мягкие ткани голосовых складок, надгортанник, в мягкие ткани хрящей гортани, острой эмфиземы легких,

разрывом межальвеолярных перегородок, отеком головного мозга. При экспертизе трупа были также обнаружены телесные повреждения в виде колото-резаной раны задней поверхности груди в пределах мягких тканей, множественные ссадины и кровоподтеки. Проведена дифференциальная диагностика между прижизненным и посмертным характером повреждений, установлено наличие травматического отделения головы и левой верхней конечности. Данные повреждения образовалось в ранний посмертный период в результате воздействия реборды колесной пары рельсового транспорта.

В следственной практике вопрос инсценировки какого-либо вида смерти достаточно актуален. В заключение необходимо отметить, что, находясь на месте происшествия, следователь должен решать задачи его осмотра комплексно и во взаимосвязи. Только тогда можно будет говорить о выполнении главной задачи – получении максимальной информации об имевшем место событии.

Е.А.Ивлева [1], Д.В. Богомолов [2], Н. Е. Красников [1], А.П. Бурикова [1], В.А. Путинцев [2]

СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ БЕРЕМЕННОЙ С НЕРАСПОЗНАННОЙ ТЯЖЁЛОЙ ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ)

[1]ОГБУЗ «Белгородское бюро судебно-медицинской экспертизы» МЗ РФ, г. Белгород,
[2]ФГБУ ЦСМЭ(директор- д.м.н.,проф.- Ковалёв А.В.) МЗ РФ, г. Москва.

Беременность является фактом риска возникновения осложнений хронических заболеваний [1]. Особенно на завершающем её периоде. Приводим наблюдение скоропостижной смерти беременной на 30 неделе с неблагоприятным фоном, который при жизни не был диагностирован.

Женщина 1985 года рождения. Согласно обменной карте следующий акушерско-гинекологический анамнез: I беременность 2005г. роды в срок

девочка 3870г; II – 2015г настоящая беременность. Обследование: ВИЧ от 24.07.15г. – отрицательно; ВИЧ мужа от 30.07.15г. - отрицательно; RW от 24.07.15г. – отрицательно; ТТГ от 13.11.15г. – в норме; РАРР от 31.08.15г. – в норме; Chl, Ur – отрицательно; Тохо – **отр**./пол; ЦМВ – **отр**/пол; ВПГ отр/пол; ВКК – отр/пол; УЗИ 11-14 31.08.15г. – 12.00. доп.вр.; 20-22 22.10.15г. – 12.00.; 30-33 30.12.15г. – 12.00. Менархе с 13 лет, регулярные, по 3,5 дней, через 28-30 дней, умеренно, без боли. Течение прежних беременностей – ранний токсикоз. Осложнений в родах не было. Течение послеродового периода без осложнений. Перенесла заболевания – детские инфекции. В 2014г. операция - холецистэктомия. Гинекологические заболевания – эрозия шейки матки, криокоагуляция после первых родов в 2006г. Гинекологические операции – отрицает.

Настоящая беременность по данным обменной карты являлась угрожаемой по развитию гестозов, аномалий родовой деятельности. В течение всей беременности отёков, повышения давления не было, анализы мочи в удовлетворительном состоянии (кроме бессимптомной бактериурии). На 24 неделе беременности выставлена гиперкоагуляция: ПТИ 115%, фибриноген-4,2 г/л, длит. кровотечения-1", свёрт 3"30.

Последнее посещение за 3 дня до смерти, жалоб не предъявляла, в анализах анемия- эритроциты-2,59, гемогл.- 86, ЦП-0,99, гематокрит-25. В день смерти внезапно почувствовала нехватку воздуха, повысилось АД, обратилась в поликлинику, где давление снизили, вызвали скорую, по дороге в больницу в машине скорой помощи скончалась. Из акта о наступлении смерти, составленного в приемном отделении «ОГБУЗ Городская больница № 2» 25.12.15г. на имя гр-ки …, 1985 года рождения, известно, что 25.12.15г. в 07.40. доставлена в приемное отделение «ОГБУЗ Городская больница № 2» бригадой СМП. При поступлении пациентка в состоянии клинической смерти. Сознание отсутствует, спонтанное дыхание отсутствует, зрачки симметрично расширены, на свет не реагируют. Цвет кожных покровов цианотичный, видимых травматических повреждений не визуализируется. Пульсации на центральных

сосудах не определяется. Сердечный ритм отсутствует. На ЭКГ – изолиния. Немедленно начаты реанимационные мероприятия. Пациентка уложена в горизонтальное положение с поворотом на 30° на левый бок. ИВЛ маской с последующей интубацией трахеи и переводом на аппаратное ИВЛ. Закрытый массаж сердца, адреналин, атропин, дофамин. Неоднократная электрическая дефибрилляция. Произведена катетеризация правой подключичной вены в асептических условиях. Через 15 мин. после начала реанимации зафиксирована электрическая активность. Продолжены реанимационные мероприятия в полном объеме. 08.10. – на кардиомониторе изолиния. Продолжен полный объем реанимационных мероприятий в течение 30 минут без эффекта. В 08.40. констатирована биологическая смерть.

На вскрытии малокровие органов, шоковые почки, в сердце фиброзная бляшка в коронарной артерии со стенозом 90%. Признаки гемодинамической перестройки по шоковому типу. Сердце размерами 13х11х5см, массой 385г; дрябловатое на ощупь, с поверхности умеренно обложено жировой тканью. В полостях сердца и крупных сосудах темная жидкая кровь. Венозные устья свободны. Клапанный аппарат сердца сформирован правильно, створки клапанов тонкие, эластичные. Мышца сердца на разрезе светло-коричневого цвета, малокровная, однородная. Толщина стенки левого желудочка без сосочкового слоя мускулатуры 1,5м, правого – 0,6см, межжелудочковой перегородки-1,2см. Длина окружности аорты над клапанами 6,9см. Левая коронарная артерия, начинаясь от устья, на 90-50% (по мере удаления) закрыта мягкими желтого цвета атероматозными бляшками, режущимися ножом. Примерно в 3,5-4см от устья атероматозные бляшки отсутствуют. Правая коронарная артерия тонкая, эластичная. Внутренняя оболочка аорты желтого цвета, гладкая, блестящая.

В микропрепаратах сердца признаки фибрилляции, малокровие артерий, в коронарных артериях выраженное диффузное интимальное утолщение; в лёгких бронхоспазм, участки альвеолярного отёка, многочисленные смешанные тромбы в сосудах микроциркуляции, отёк. В почках резко полнокровное

мозговое вещество, гидропическая дистрофия канальцев, сладжи в венах; отдельные артерии утолщены, гиалинизированы. В головном мозге - отёк по типу деструкции, ишемия нейронов, кариорексис. В печени очаговая жировая дистрофия, фибриновые и гиалиновые тромбы в отдельных венах портальных трактов.

В щитовидной железе фиброз, микрофолликулярное строение, крупные сливающиеся лимфоидные фолликулы со светлыми центрами, диффузно-очаговая лимфоидная инфильтрация стромы. Коллоид растрескивается, фолликулярный эпителий низкий. В плаценте отечные гиповаскулярные ворсины, очаговые лимфоидные инфильтраты.

На основании патоморфологического исследования выставлен следующий судебно-медицинский диагноз.

Основное заболевание: Острый инфаркт миокарда (донекротическая стадия): обширные поля фрагментации, очаги волнообразной деформации в миокарде на фоне распространенных контрактур кардиомиоцитов 2-3 степени с очагами пылевидно-глыбчатого распада, миоцитолиза. Стенозирующий атеросклеротический коронаросклероз со степенью сужения просвета сосуда до 90%.

Фоновые заболевания: Мелкоочаговый межуточный и периваскулярный кардиосклероз. Группы гипертрофированных мышечных волокон миокарда. Хронический аутоиммунный тиреоидит. Нарушение жирового обмена.

Осложнения основного заболевания: Шок кардиогенный: неравномерное кровенаполнение сосудов паренхиматозных органов, головного мозга; шунтирование кровотока в почках по шоковому типу; признаки ДВС-синдрома: агрегация эритроцитов, сладжи, депозиты фибрина в сосудах микроциркуляторного русла; эритроцитарные, смешанные, фибриновые тромбы в венах, венулах легких, надпочечников; очаговая делипоидизация клеток пучковой и сетчатой зон коры надпочечников, геморрагии в просвете трабекулярных зон их; отек легких, участки ателектазов, дистелектазов, нити фибрина в просвете альвеол, бронхоспазм. Выраженный отек головного

мозга. Жировая дистрофия печени. Очаговая гидропическая дистрофия эпителия почек.

Внутриутробная гибель плода, строение плаценты соответствует сроку гестации 28-40 недель; мелкоочаговый серозно-гнойный хориодецидуит; неполная гестационная перестройка маточно-плацентарных спиральных артерий; морфологические признаки тканевой незрелости плода в головном мозге, сердце, легких. Острая антенатальная асфиксия плода (резко выраженное полнокровие сосудов паренхиматозных органов, геморрагии под серозные листки (эпикард, плевру), строму тимуса).

Сопутствующий: Перелом тела грудины на уровне 3 межреберья, 3,5 ребер справа, 2-5 ребер слева по среднеключичным линиям, 6,7 ребер слева на границе костной и хрящевой частей без кровоизлияний. Беременность 29-30 недель. Ссадина в проекции грудины, ссадина на левой голени, переходящая в красновато-синюшный рубец. Катетер в правой подключичной вене.

Типичная картина сердечной ишемической смерти не вызывала сомнений при морфологическом исследовании[2].

Темп смерти может быть оценен как быстрый, но не внезапный (начальная шоковая перестройка гемодинамики, развивающийся отек мозга и лёгких, очаговая делипоидизация коры надпочечников [3]) и в то же время не внезапный, т.к. успели развиться признаки кардиогенного шока.

Патология щитовидной железы несомненно имела место в качестве отдельного заболевания, а не реакции на скрыто протекающую ИБС[4,5]. При таком аутоиммунном зобе обыкновенно наблюдается гипотиреоз, что может объяснить дистонию больной и провокацию фатального приступа ИБС.

Особенностью наблюдения явилась очевидная врачебная ошибка в виде гипердиагностики гестоза и гиподиагностики иной тяжёлой соматической патологии беременной (ИБС и зоб). Именно эти дефекты по нашему мнению имели значение в плачевном исходе. А также особенностью была сама причина смерти. Известно, что причиной скоропостижной смерти беременных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, является в основном

нарастающая декомпенсация сердца, а наиболее частой причиной скоропостижной смерти беременных является эклампсия, в том числе ее атипичные формы [6]. В данном же случае наблюдалась типичная скрыто протекающая ИБС с фатальной ишемией миокарда.

Отсутствие успеха реанимации можно объяснить, вероятно, критическим стенозом коронарной артерии и феноменом реперфузии, уменьшающим успех дефибрилляции [2,7].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Knight B."Simpson's forensic medicine".- 1997.-Arnold. -London, Sydney, Auckland.-P.105-112.
2. Кактурский Л.В. Внезапная сердечная смерть (Клиническая морфология).-М.-«Медицина для всех».-2000.-127 с.
3. Алисиевич В.И. Функциональная морфология надпочечников при скоропостижной смерти от ишемической болезни сердца».- Автореф. д.м.н.-М.-1974г.-43с.
4. Бомаш М.Ю. «Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы».- М.-«Медицина».- 1981.-176с.
5. Хмельницкий О.К., Ступина А.С. Функциональная морфология эндокринной системы при атеросклерозе и старении.-Л.-Медицина.-1989.-248с.
6. Бартенева Л.В. Скоропостижная смерть при беременности, родах и в послеродовом периоде в судебно-медицинском отношении: Дисс. канд. мед.-Москва.-1952.-196с.
7. Шуматов В.Б. Профилактика и борьба с внезапной сердечной смертью на догоспитальном этапе: новые достижения и перспективы.// Анналы аритмологии.–2006.–№6.–сс. 36-38

К.Ю.Каменева

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИГОДНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО «МЕДИЦИНСКИМ» ДЕЛАМ В ГРАЖДАНСКОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ДОКАЗЫВАНИЯ

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Курск

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

.

Несмотря на масштабные сложности в оценке судом судебно-медицинских заключений по «врачебным» делам в гражданском судопроизводстве, данное обстоятельство не может служить убедительной причиной для отказа от решения вышеуказанной проблемы. Так, являясь прямым доказательством по делу, заключение судебно-медицинского эксперта по делам о «медицинских» спорах должно быть полным, однозначным, обоснованным и объективным, изложенным доступным языком для лиц с немедицинским образованием и написанным в четком согласовании с правилами логики.

Учитывая вышеизложенное, в настоящее время назрела острая необходимость в разработке инструмента внутреннего контроля по оценке пригодности судебно-медицинских заключений, касающихся «медицинских» споров, с целью их эффективного правоприменения. Осуществление данного решения проблемы видится в разработке специальных критериев, которые будут использоваться для определения полноты проведения исследования (его целостности, всесторонности, аргументированности), оценки композиции построения выводов, и пр., а также в целом для установления пригодности подобного рода заключений целям доказывания.

Эмпирическую основу настоящей работы составило 117 заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в ГБУЗ «Бюро

судебно-медицинской экспертизы» Департамента здравоохранения Москвы за период с 2007 по 2011 гг. и касающихся дефектов оказания медицинской помощи в гражданском судопроизводстве.

В ходе анализа имеющегося материала были выявлены основные причины несоответствия подобного рода заключений потребностям правовой процедуры:

1. Избыточность, малопонятность, нелегитимность вопросов экспертного задания.

2. Погрешности входных данных заключения.

3. Отсутствие однозначности в экспертных выводах.

4. Необоснованность экспертных выводов.

Причем стоит отметить то немаловажное обстоятельство, что если устранимые погрешности возможно ликвидировать (например, разработать единое для всех случаев по «медицинским» спорам экспертное задание), то с неустранимыми погрешностями все обстоит гораздо сложнее (к вопросу о повышении качества медицинской документации и пр.).

С учетом выявленных проблем, стоящих на пути повышения качества судебно-медицинских заключений по «медицинским» делам в гражданском судопроизводстве, нами были сформулированы организационные пути повышения их пригодности, которые можно представить в виде следующего алгоритма:

I. Определение пригодности материалов дела при получении их из суда:

1. Предварительная оценка экспертного задания:

1.1. Определение соответствия вопросов компетенции судебно-медицинской экспертизы.

1.2. Выверка аналогичных вопросов.

1.3. Оценка правильности формулирования вопросов.

2. Предварительная оценка представленной медицинской документации:

2.1. Оценка состояния медицинской документации.

2.2. Оценка ее соответствия экспертному заданию.

2.3. Оценка полноты сведений, содержащихся в медицинской документации, необходимых для решения поставленных вопросов.

II. Определение пригодности судебно-медицинского заключения перед передачей его в суд:

1. Оценка правовой пригодности заключения:

1.1. Оценка относимости заключения.

1.2. Оценка допустимости заключения.

2. Определение медицинской пригодности заключения:

2.1. Оценка однозначности заключения.

2.2. Оценка обоснованности заключения.

2.3. Оценка обусловленности заключения.

Заметим, что на этапе оценки экспертного задания более рациональным будет приведение его к общему виду путем формирования единого экспертного задания по «медицинским» спорам. Это могло бы облегчить предварительную оценку поставленных перед экспертом материалов дела либо исключить этап определения пригодности материалов дела при получении их из суда совсем. Осуществление вышеизложенного предложения видится возможным путем организации поэтапной системы выверки экспертных заданий, что можно осуществить через ряд последовательно сменяющих друг друга этапов:

Этап I. Создание фонда конструктов экспертных заданий.

Этап II. Проведение анализа экспертных заданий с последующей выверкой и исключением аналогичных вопросов, касающихся оценки качества медицинских услуг, и др. вопросов, выходящих за пределы знаний судебно-медицинской экспертизы и пр.

Этап III. Приведение вопросов экспертного задания к единому виду путем рационального моделирования формулировок вопросов через «программирование векторов возможных ответов (положительных или отрицательных)» в четком согласовании понимания между медиками и юристами.

Этап IV. Формулирование единого экспертного задания.

При этом стоит отметить, что на IV этапе формулирования единого экспертного задания будет более разумно прибегать к консультациям специалистов в судебно-медицинских экспертных организациях. Это позволит четко и грамотно формулировать вопросы, а также ограничивать их круг в пределах познаний судебной медицины.

Прогнозируя использование предложенной схемы в будущем, на выходе экспертное задание может преобразиться в более простую форму, и его объем уменьшится ввиду исключения вопросов, выходящих за пределы специальных знаний судебно-медицинских экспертов.

При использовании представленного алгоритма по оценке пригодности заключений, касающихся «медицинских» споров, фактически после экспертизы суду предстоит одно из представленных ниже действий:

1. В случае несоответствия судебно-медицинского заключения по критерию относимости (и, как следствие, по медицинским критериям), назначить проведение повторной экспертизы другим экспертом либо другой комиссией экспертов.

2. В случае несоответствия судебно-медицинского заключения по критерию допустимости осуществить допрос эксперта и устранить выявленные недостатки. Если во время допроса выявленные недостатки окажутся неустранимыми, назначить дополнительную экспертизу и поручить ее тому же эксперту либо той же комиссии экспертов.

3. В случае несоответствия заключения судебно-медицинской экспертизы по одному из медицинских критериев пригодности либо в совокупности, назначить проведение повторной экспертизы другим экспертом либо другой комиссией экспертов.

4. В случае соответствия заключения судебно-медицинской экспертизы по правовым и медицинским критериям пригодности принять его для использования сторонами в доказательственном процессе.

Подводя итог, на пути судебно-медицинской экспертизы по «медицинским» делам в гражданском судопроизводстве имеется немало

сложностей, однако большую их часть возможно устранить при применении рекомендованного инструмента внутренней проверки, который позволит поэтапно контролировать качество материала, представленного на экспертизу, а также соответствие экспертных выводов разумным доводам правовой и медицинской пригодности.

Е.С.Каченкова

ДЕФЕКТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ, ПОВЛЕКШАЯ СМЕРТЬ ПАЦИЕНТА, В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗРЫВА ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

Педагогический институт физической культуры и спорта, Московский городской педагогический университет, г.Москва.

Смертность при заболеваниях сердечно-сосудистой системы занимает первое место в РФ. К сожалению, статистика не радует показателями динамики смертности при данной патологии за последние 10 лет. Из статистических данных заметен прирост за последние десятилетие на 1,4% доли болезней системы кровообращения, в связи с гиподинамией и поздним обращением к специалистам. Мужчины гибнут чаще в 7,4 раза от ишемической болезни сердца, чем женщины в возрасте 50-59 лет [1].

Однако существует и другая проблема смертности больных с данной патологией, связанная с неправильным или ошибочным лечением в кардиологической практике. Следует подчеркнуть, что данная проблема постоянно усугубляется средствами массовой информации, которые в негативном ракурсе часто представляет проблему оказания медицинской помощи населению [2].

Как следует из медицинской карты больного №74 929 Ф. 62 года: период наблюдения с 15.05.2006 года, последняя запись от 22.01.2014 года. В представленной карте имеются записи об обращениях по поводу заболеваний:

обострение хронического простатита (15.05.2006г, 31.05.2008г), обострение пиелонефрита (14.07.2006г), контрактура Дюпюитрена правой кисти (18.02.2008г), мочекаменная болезнь (09.06.2010г). Нейропатия лучевого нерва справа? (3.04.2012г), ОНМК с правосторонней гемипарезом умеренный справа (29.04.2012г), Артериальная гипертензия III ст, 3 ст, риск 4 (18.06.12г), облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей II ст (4.09.12г).

Состояние после повторно ишемического инсульта в бассейне ЛСМА (03.12, 07.12г), правосторонний гемипарез (24.12.12г), облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Окклюзия правой подвздошной артерии. Стеноз бедренной артерии (09.01.13г), облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Окклюзия правой подвздошной артерии, ухудшение, выраженный болевой синдром (29.05.13г), ангиосклероз гипертонический сетчатки (14.06.13г), гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4. Остаточные явления ОНМК, правосторонний гемипарез (3.09.13г)s облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей II ст. (01.12.13г).

Медицинская карта № 485 стационарного больного. Поступил в хирургическое отделение 23.01. 2014. Умер 28.01.2014 г.

Направлен клинико-диагностическим центром. Диагноз направившего учреждения: *Атеросклероз.*

Диагноз при поступлении: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Диагноз заключительный клинический:

Основное: Острая коронарная недостаточность. Острое нарушение мозгового кровообращения. Системный атеросклероз: сонных, брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей. Операция 28.01.14г: попытка ангиопластики, реканализации и ангиопластики правой наружной подвздошной артерии.

Сопутствующее: Ишемическая болезнь сердца: атеросклеротический кардиосклероз, острое нарушение мозгового кровообращения от апреля 2012г.

24.01.14г.: Состояние удовлетворительное. 24.01.14г.: Показания к КТ-ангиографии нижних конечностей.

27.01.14. Осмотр зав.отд. хирургии и клинического ординатора: состояние удовлетворительное. Жалобы на боли в нижних конечностях при ходьбе, больше справа.

28.01.14г. Осмотр зав.отд. хирургии: состояние удовлетворительное. Самостоятельно перемещается в пределах палаты и отделения. Жалобы на боли в нижних конечностях при ходьбе, больше справа. На фоне проводимой ангиотропной терапии состояние без существенной динамики.

Предоперационный эпикриз:

28.01.2014 Операция №38 «Попытка реканализации и ангиопластики правой наружной подвздошной артерии» - Под местной анестезией ретроградно пунктирована и катетеризирована по методике Сельдингера левая общая бедренная артерия. Установлен интродьюсер 8F. Проводниковый катетер 8 френч заведен в правую общую подвздошную артерию. Попытки провести через зону окклюзии проводник 0,35", проводник Miracle 3. в т.ч. при помощи баллонного катетера 6,0х40 мм, оказались безуспешными. Под местной анестезией ретроградно пунктирована и катетеризирована по методике Сельдингера правая общая бедренная артерия. Установлен интродьюсер 6F. Проводник Miracle 12 при помощи баллонного катетера 6,0х40 мм проведен за зону окклюзии субинтимально. Выйти проводником в истинный просвет НПА не удалось. Проводник и баллон удалены. Выполнена контрольная ангиография. Экстравазации рентгенконтрастного препарата нет. Катетер удален. Гемостаз Angioseal. Наложена давящая асептическая повязка. 12:50 осмотр в АРО №2 - Больной доставлен из операционной после ангиопластики сосудов нижних конечностей. Состояние тяжелое. В сознании, возбужден, неадекватен, кричит. Жалобы па нехватку воздуха, боли за грудиной, резкое общее ухудшение состояния. 15:30 Дежурный анестезиолог: Состояние больного резко ухудшилось. Больной мочится, контакту недоступен. Кожные покровы

бледно-сероватые, холодные. Пятнистый цианоз. АД, пульс не определяются. Тоны сердца глухие. ЧСС на мониторе 130 в минуту.

15:40 Сбор анамнеза. Состояние тяжелое. Кожные покровы холодные, бледные. Изменения в миокарде.

16:00 Состояние крайне тяжелое. Кома 2-3 ст. 16:10 На фоне проводимой терапии остановка сердечной деятельности. Начата реанимация. Реанимационные мероприятия в течение 20 минут без эффекта. Смерть 16:30 28.01.14г.

Патологоанатомический диагноз: причиной наступления смерти Ф. явилось возникшее в результате врачебных манипуляций повреждение правой наружной подвздошной артерии с образованием массивной забрюшинной гематомы и развитием острого малокровия.

Из данного материала следует, что попытка реканализации, проводимая хирургом, оказалась неудачной, в результате нее, согласно данным патологоанатомического исследования трупа, было причинено повреждение - перфорация правой наружной подвздошной артерии. В послеоперационном периоде у больного развилось кровотечение из поврежденной артерии с образованием массивной забрюшинной гематомы. Из чего следует вывод, что смерть больного Ф. наступила в результате врачебных манипуляций.

Данные проблемы, связанные со смертностью населения, особенно от действия самого медицинского персонала, остаются актуальными и сложнорешаемыми.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Каченкова, Е. С. Проблема снижения физической работоспособности мужчин старше 50 лет и ее коррекция средствами оздоровительной тренировки / Е.С. Каченкова, Е.И. Кривицкая, // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 9. – С. 118-124.

2. Косухина, О.И. Экспертная оценка случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в кардиологической практике: монография О.И. Косухина, Е.Х. Баринов. – Москва: Проспект, 2017. – 128 с.

В.В. Колкутин[1], Ю.В. Збруева[2]

ЗНАЧЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА В СТРУКТУРЕ ЭКСПЕРТНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

1. *Российский Государственный социальный университет, юридический факультет, кафедра уголовно-правовых дисциплин, г. Москва*
2. *Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего последипломного образования «Астраханский государственный медицинский университет», г. Астрахань*

Вопрос о появлении, структуре и значении судебно-медицинского диагноза (*далее* – СМД) в составе «Заключения эксперта» имеет свою весьма своеобразную и относительно давнюю историю. По свидетельству ветеранов судебно-медицинской экспертизы СССР-РФ первые дискуссии по поводу необходимости формулирования СМД, его содержания и правового значения относятся к 60-м годам XX века. Однако все эти обсуждения не получали какую-либо правовую «огранку» и оставались всего лишь мнением отдельных учёных и специалистов-практиков.

Впервые более-менее полноценное упоминание о СМД в нормативно-правовых актах (*далее* – НПА) можно найти в одном из последних Приказов Министерства здравоохранения СССР от 09.07.1991 г. № 182 «О введении в практику "Правил судебно-медицинской экспертизы трупа"» (документ фактически утратил силу в связи с изданием Приказа Минздравсоцразвития от 12.05.2010 г № 346н) [3]. В п. 2.1 данного документа указано, что составление СМД – это одно из «действий эксперта», которое является одним из этапов судебно-медицинской экспертизы трупа. Ни о каких других вариантах появления СМД в экспертизах живых лиц, экспертизах по материалам дела и

др. в этом Приказе речь не идёт. В п. 3.2 отмечено, что СМД – это одна из обязательных частей «Заключения эксперта». О том, что СМД располагается после «протокольной части заключения» свидетельствует п. 3.8. При этом СМД оформляется на основе данных «…непосредственного исследования трупа, результатов лабораторных исследований и, при наличии таковых, клиническими данными, полученными из медицинских документов лечебно-профилактических учреждений (истории болезни, амбулаторной карты и др.) …». Как следует далее «…Составление диагноза имеет целью систематизацию и последовательное изложение в сжатой форме сущности изменений и повреждений, обнаруженных при исследовании трупа, а также сопоставление их с клиническим диагнозом…». Особое внимание обращается на то, что «…экспертная оценка выявленных изменений и повреждений делается в выводах…». Иными словами, «…диагноз не подменяет выводов, а способствует правильному, последовательному и обоснованному их составлению…».

При внимательном прочтении этого НПА сразу бросаются в глаза противоречия при обосновании необходимости присутствия СМД в «Заключении эксперта»:

- СМД не заменяет выводов, а способствует «правильному, последовательному и обоснованному их составлению»;
- в СМД в «сжатой форме» излагается сущность изменений и повреждений, обнаруженных при исследовании трупа;
- ещё одна цель СМД – сопоставление с клиническим диагнозом выявленных повреждений и изменений.

Следует отметить, что наличие в «Заключении эксперта» СМД не было предусмотрено действующим на тот момент Уголовно-процессуальным Кодексом РСФСР (Статья 191. Содержание заключения эксперта).

О каких же противоречиях идёт речь?

Во-первых, при производстве судебно-медицинской экспертизы существовало ранее и существует ныне требование о том, что выводы – это

«научно обоснованное мнение судебно-медицинского эксперта, сформулированное на основании результатов проведённых им исследований. Выводы базируются на объективном экспертном анализе и оценке всех фактических данных, полученных в процессе проведения экспертизы…» [6]. Исходя из этого, выводы – это более развёрнутый вариант подачи экспертной информации, чем СМД. Поэтому мысль о том, что информация, поданная в «сжатой форме», сможет помочь воссоздать её полноценный и развёрнутый вариант, является нарушением элементарных законов формальной логики (возможно от «большего» изъять часть и получить «меньшее», но из «меньшего» получить «большее» без добавления к нему дополнительных компонентов невозможно!). То есть, получается, что составление СМД ни в коей мере не способствует «правильному, последовательному и обоснованному составлению выводов, а является логически необоснованным и искусственно насаждаемым разделом «Заключения эксперта».

Во-вторых, по нераскрытым в Приказе обстоятельствам, требование составления СМД относится только к экспертизе трупа, хотя (если, следовать логике и определению диагноза) оформление СМД уместно не только при экспертизе трупа, но и при экспертизах по материалам дела и, конечно же, при экспертизе живых людей.

Определённый интерес представляет упоминание о СМД в Приказе Минздрава России от 10.12.1996 г. № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз» (в ред. Приказа Минздрава России от 05.03.1997 г. № 61), который не прошёл регистрацию в Минюсте России и его содержание имеет сугубо исторический интерес [4]. В п. 8.12. и п. 8.13 этого Приказа говорилось о том, что после оформления протокольной части Заключения эксперта на основе результатов морфологического исследования трупа и при наличии клинических данных медицинских документов (медицинских карт стационарного или амбулаторного больного и т. п.) оформляют судебно-медицинский диагноз. При этом было указано, что СМД «…имеет целью систематизацию и последовательное изложение в сжатой

форме сущности изменений и повреждений, обнаруженных при исследовании трупа, а также сопоставление их с клиническим диагнозом…». Далее приводилось пояснение о том, что СМД не подменяет выводов, а всего лишь «…способствует последовательному и обоснованному их составлению…». Особо следует обратить внимание на требование строить СМД «…по патогенетическому принципу с отражением последовательности развития обнаруженных изменений и указанием основного повреждения, заболевания или патологического состояния; сопутствующих повреждений, заболеваний или состояний, оказавших неблагоприятное влияние на течение основного процесса; других сопутствующих изменений, не связанных с основным повреждением или заболеванием и причиной смерти…».

Если дать анализ тексту этого НПА в части, касающейся сути СМД, то совершенно очевидным становится следующее:

- в данном Приказе речь идёт о необходимости формулирования СМД только при экспертизе трупа (иных вариантов в нём не рассматривалось);

- недвусмысленно указано, что оформление СМД на основании результатов секционного исследования возможно только при наличии клинических данных, отражённых в представленных на экспертизу медицинских документах (следовательно, при экспертизе трупов лиц, погибших на месте происшествия, СМД сформулирован быть не может);

- обозначенная цель формулирования СМД, которая перекликается с таковой в предыдущем НПА – систематизация и последовательное изложение полученной информации в «сжатой форме», как уже было показано выше, не может ни облегчить, ни улучшить работу судебно-медицинского эксперта, так как отвлекает его от основной задачи – поиска объективных и полноценных ответов на поставленные следствием/судом вопросы;

- построение СМД экспертам предлагается осуществлять только по «патогенетическому принципу», хотя существуют и иные принципы построения диагноза.

В Приказе Министерства здравоохранения от 24 апреля 2003 г. № 161 «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы» (документ утратил силу после выхода Приказа Минздравсоцразвития России от 04.06.2010 г. № 423н) сказано следующее: «Экспертное исследование трупа включает следующие действия врача - судебно-медицинского эксперта: … составление судебно-медицинского диагноза…». На этом упоминание о СМД в данном НПА завершается [5].

В соответствии с п. 28 ныне действующего в Российской Федерации Приказа Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» (*далее* – Приказ № 346н) в заключении эксперта (в числе прочего), а именно, в исследовательской части, обязательно следует указывать СМД и диагноз из медицинского свидетельства о смерти, а также его реквизиты [2].

Этим нормативно-правовым актом СМД признан атрибутивной частью любого экспертного заключения, поскольку никаких иных упоминаний о нём или каких-либо уточняющих позиций по применению данного пункта в отношении отдельных (частных) видов экспертных заключений не имеется. Следовательно, его наличие в Заключении эксперта должно привносить в данный документ некий новый, безусловно позитивный и при этом ранее отсутствовавший блок специфической экспертной информации, который не может быть заменён никаким иным источником этой информации, а также не может быть размещён в иных разделах СМД.

Определить структуру «интеллектуального наполнения» СМД тем более важно, что в Уголовно-процессуальном Кодексе Российской Федерации (*далее* – УПК РФ) ст. 204 «Заключение эксперта» гласит: «…1. В заключении эксперта указываются: … 9) содержание и результаты исследований с указанием примененных методик; 10) выводы по поставленным перед экспертом вопросам и их обоснование…». В этой ситуации появление в структуре экспертного

заключения раздела «СМД» представляется своеобразной административной инициативой, сущность и значение которой без каких-либо дополнительных разъяснений неочевидна [1].

Анализ представленного материала позволяет сделать следующее заключение:

1. В ст. 204 УПК РФ отсутствует указание на необходимость наличия в заключении судебно-медицинского эксперта такого раздела, как СМД.

2. Различные мнения, изложенные в НПА, действовавших до принятия Приказа 346н, о том, что СДМ способствует «правильному, последовательному и обоснованному составлению» выводов, будучи изложением «сущности изменений и повреждений, обнаруженных при исследовании трупа» противоречат законам формальной логики.

3. Несмотря на то, что в п. 28 Приказа 346н не указано, что СМД составляется только в случаях судебно-медицинской экспертизы трупа, по факту практически во всех Государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях СМД при производстве экспертиз живых людей и по материалам дела не формулируют, однако никакой административной реакции со стороны руководства этих учреждений не наблюдается.

4. В новых условиях существования и развития медицины в Российской Федерации при её выраженной финансовой ориентированности, клинико-диагностические задачи судебно-медицинской экспертизы существенно сужаются.

В связи с изложенным представляется целесообразным реализовать следующие предложения:

1. Исключить из п. 28 Приказа № 346н положение о необходимости формулировать СДМ при составлении судебно-медицинского «Заключения эксперта» как излишний элемент, упоминание о котором отсутствует в ст. 204 УПК РФ («Заключение эксперта»).

2. Квинтэссенцию результатов каждого вида экспертных исследований фиксировать в виде подраздела «резюме» или «промежуточных выводов» после

каждого раздела исследования («Исследование медицинских документов», «Наружное исследование», «Внутреннее исследование» и т. п.)

3. В императивном порядке ввести в состав экспертного заключения подраздел «Обсуждение результатов», в котором рассматривать не только выявленную патологию, но и применённые методики, с помощью которых эти результаты получены для чего подготовить приказ.

4. На всех этапах обучения судебно-медицинских экспертов отводить время для проведения занятий по правильному составлению указанных выше новых подразделов экспертного заключения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Уголовно-процессуальный кодекс РФ (в ред. Федеральных законов от 29.05.2002 N 58-ФЗ, от 24.07.2002 N 98-ФЗ, от 24.07.2002 N 103-ФЗ, от 25.07.2002 N 112-ФЗ, от 31.10.2002 N 133-ФЗ, от 30.06.2003 N 86-ФЗ, от 04.07.2003 N 92-ФЗ, от 04.07.2003 N 94-ФЗ, от 07.07.2003 N 111-ФЗ, от 08.12.2003 N 161-ФЗ, с изм., внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 08.12.2003 N 18-П). "Российская газета", N 249, 22.12.2001. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/

2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 N 18111) "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" // Правовая база «КонсультантПлюс» http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-12052010-n-346n

3. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 09.07.1991г. №182 «О введении в практику Правил судебно-медицинской экспертизы трупа» http://www.forens-med.ru/zakon/doc/mz/3_3_145.html

4. Приказ Минздрава России от 10.12.1996г. №407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз» (в ред.

Приказа Минздрава России от 05.03.1997г. №61) http://www.alppp.ru/law/pravosudie/12/prikaz-minzdrava-rf-ot-10-12-1996--407.html

5. Приказ Министерства здравоохранения от 24 апреля 2003г. №161 «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы» http://www.forens-med.ru/zakon/doc/mz/3_3_90.html

6. Пиголкин Ю.И. Судебная медицина и судебно медицинская экспертиза: национальное руководство, М.: ГОЭТАР-Медиа – 2014. – С.575.

7. Попов В.Л. Диагноз в судебно-медицинской практике / Попов В.Л. // Судебно-медицинская экспертиза. – №3. – 2013. – С.39-42.

Ф.И.Комаров [1], А.К. Иорданишвили [2,4], В.В. Лобейко [3], М.В. Жмудь [4], Ф.А. Карев[5].

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРГАНОМИНЕРАЛЬНЫЕ АГРЕГАТЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ И ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

[1] Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва;

[2]Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург;

[3]Институт биорегуляции и геронтологии, г. Санкт-Петербург;

[4]Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург;

[5]Межрайонная клиническая больница, г. Тосно Ленинградской области, Россия

У взрослых людей часто встречаются патологические органоминеральные агрегаты различной локализации, среди которых наиболее частая их локализация отмечается в челюстно-лицевой области: зубной камень, дентикли, саливалиты и др. (М.В.Жмудь, 2015). В тоже время этиология и патогенез образования патологических органоминеральных агрегатов, несмотря на частую встречаемость в клинической практике, изучены недостаточно. Не вдаваясь в дискуссию по данному вопросу и учитывая мнение многих

специалистов, что в возникновении патологических органоминеральных агрегатов большое значение имеют сопутствующие заболевания организма человека, сопровождающиеся нарушением минерального, главным образом, кальциевого обмена, нами было проведено исследование по изучению частоты встречаемости у людей, страдающих сиалолитиазом, других сопутствующих заболеваний и патологических процессов, в этиопатогенезе которых также лежат нарушения минерального обмена. К такой патологии нами были отнесены как соматические заболевания (желчнокаменная болезнь, мочекаменная болезнь), так и патология жевательного аппарата, а именно отложения над- и поддесневого зубного камня и дентикли (отложения дентина в пульпе зуба).

Под нашим наблюдением находилось 49 взрослых людей (30 мужчин и 19 женщин), которые страдали сиалолитиазом (1-ая группа). Среди них было 26 человек пожилого, 11 человек старческого, 11 человек среднего возраста и 1 мужчина молодого возраста. Для сравнения были обследованы 120 взрослых людей (72 мужчины и 48 женщин), не страдающих слюнно-каменной болезнью (2-ая группа). При обследовании пациентов обеих групп применяли осмотр полости рта, ортопантомографию, сонографию слюнных желез, а также органов пищеварительного тракта и мочевыделения, в частности желчного пузыря и почек.

Анализ проведенных методов исследования показал, что у мужчины молодого возраста, страдающего сиалолитиазом, по данным сонографии выявлен камень в правой почке. Кроме этого, у него отменены обильные отложения наддесневого зубного камня. У людей среднего возраста также часто было отмечено сочетание сиалолитиаза и других стоматологических и соматических заболеваний, обусловленных нарушениями минерального обмена веществ. Так, среди 7 мужчин, страдающих сиалолитиазом, 3 чел., по данным ортопантомографии, имели единичные дентикли, у 5 чел. отмечены обильные отложения над- и поддесневого зубного камня, а у 2 чел. данные УЗИ-исследования позволили установить наличие мочекаменной болезни. Среди 4

женщин среднего возраста, страдающих сиалолитиазом, у 4 (100%) чел. также определялись обильные отложения зубного камня, 2 из них имели единичные дентикли, у 2 по данным УЗИ-исследования определялись конкременты в желчном пузыре, а у 3 – в органах мочевыделения. Таким образом, у людей среднего возраста, страдающих слюнно-каменной болезнью, наличие саливолитов часто сочеталось с наличием камней в желчном пузыре и почках, а также с дентикляли и над- и поддесневыми отложениями зубного камня. Аналогичная зависимость была отмечена у людей старших возрастных групп, страдающих слюнно-каменной болезнью. Так из 14 мужчин пожилого возраста, страдающих сиалолитиазом, выявлены дентикли – у 4чел., отложения зубного камня – у 12 чел., желчнокаменная и мочекаменная болезнь, соответственно, у 2и 4 человек. Среди 12 женщин пожилого возраста дентикли были диагностированы у 3 (25%) чел, отложения зубного камня – у 10 чел., а желчнокаменная и мочекаменная болезнь, соответственно у 3 (25%) и 3(25%) человек.

Из 8 мужчин старческого возраста, страдающих сиалолитиазом, несмотря на частичную утрату зубов, выявлены дентикли – у 2 (25%) чел., отложения зубного камня – у 8 (100%) чел., желчнокаменная и мочекаменная болезнь, соответственно, у 1 и 3 человек. Среди 3 женщин старческого возраста дентикли были диагностированы у 2 чел., которые так же, как и мужчины, страдали частичной адентией, отложения зубного камня были выявлены у всех из этой группы женщин (3чел.), а желчнокаменная и мочекаменная болезнь, соответственно, у 1 и 2 человек.

Исследование показало, что у людей старших возрастных групп, страдающих слюнно-каменной болезнью, часто встречаются дентикли и отложения зубного камня, а также сопутствующая патология внутренних органов, сопровождающая наличием петрификатов в желчном пузыре и органах мочевыделительной системы. Таким образом, комплексное обследование и лечение раненых и больных, страдающих патологическими органоминеральными агрегатами в челюстно-лицевой области, должно

предусматривать выявление сопутствующей коморбидной патологии, которая может иметь общие факторы в этиопатогенезе рассматриваемых заболеваний, что повысит эффективность лечебно-диагностической и реабилитационный работы среди раненых и больных.

О.И.Косухина

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

В настоящее время все больше возникает потребность выделять медицинское право в отдельную отрасль причине того, что данная область имеет высокий уровень специфичности. Для ее развития необходимы специальные познания медицинского и биологического характера, поэтому юридического образования при проведении оценки деятельности работников сферы здравоохранения, будет недостаточно.

Вопросы в сфере здравоохранения регулируют отношения при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности между пациентом и медицинским работником, работа внутри коллектива, все это опирается на нормативно-правовые акты.

По совокупности, вопросы урегулирования отношений на основании правовых норм с определением статуса, по сути, является предметом **медицинского права.**

Из административного, гражданского и уголовного права можно выделить ряд статей, которые регулируют медицинского право.

Отсюда можно выделить ряд задач:

1. Профилактика заболеваний у населения;
2. Соблюдение прав граждан и государственных гарантий;

3. Доступность и высокое качество медицинской помощи для каждого;

4. Гарантия оказания медицинской помощи и социальная защищенность граждан, которые утратили свое здоровье.

5. Обязательное оказание медицинской помощи в экстренных ситуациях и недопустимость отказа;

6. Поддержание приоритета интересов граждан при оказании медицинской помощи;

7. Соблюдение врачебной тайны.

Медицинское право включает в себя изучение и синтез нескольких наук: юридических, медицинских и гуманитарных, таких как психология, философия, биоэтика, экономика, история, политология. Следовательно, масштаб и комплексный подход к общественным отношениям, существование отдельных задач в интересах пациента, предмета медицинского права, нормативно-правовой базы позволяет выделить в отдельную отрасль права.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Правоведение. Медицинское право: Учебник / Под ред. Чл.-корр. РАН, профессора Ю.Д.Сергеева. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство », 2014. – 552с.

2. Мохов А. А. Медицинскоеправо (правовое регулирование медицинской деятельности). Курс лекций: Учебное пособие. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2003. – 186 с.

В.В. Лобейко, М.В. Жмудь, А.К.Иорданишвили

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ СЛЮННЫХ КАМНЕЙ

Институт биорегуляции и геронтологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

В настоящее время установлено, что у людей, старших возрастных групп, страдающих слюнно-каменной болезнью (сиалолитиаз), часто встречаются

дентикли и отложения зубного камня, а также сопутствующая патология внутренних органов, сопровождающая наличиейпетрификатов в желчном пузыре и органах мочевыделительной системы (А.К. Иорданишвили, 2014). Таким образом, комплексное обследование и лечение таких пациентов должно предусматривать наличие коморбидной патологии, которая может иметь общие факторы в этиопатогенезе рассматриваемых в данной работе заболеваний, что повысит эффективность лечебно-диагностической работы в гериатрии и стоматологии.

Известно, что слюнно-каменная болезнь встречается у взрослых людей разного возраста достаточно часто. В запущенной стадии этого заболевания наиболее часто для профилактики рецидивирования этой патологии применяют методику удаления пораженной слюнной железы, что весьма травматично и приводит к удалении целого органа.

Цель настоящего предложения состояла в возможности удаления саливалита (конкремента, слюнного камня) с применением эндоскопической техники в условиях поликлиники или дневного стационара.

При совершенствовании лечения людей, страдающих слюнно-каменной болезнью (СКБ), исходили из того, что методы хирургического лечения указанной патологии достаточно хорошо разработаны и в доступной отечественной литературе имеется классическое описание техники оперативного удаления слюнных камней из протоков и паренхимы больших слюнных желез. Следует подчеркнуть, что саливолиты чаще образуются в главном выводном протоке слюнных желез. В таких случаях принято говорить о слюнном камне протока. Если саливолиты образуются в протоках первого – третьего порядков, то такие саливолиты условно называют «Слюнными камнями паренхимы железы» или «камнями железы». Учитывая это, нами, в аспекте усовершенствования методики хирургического лечения СКБ у людей старших возрастных групп, был разработан способ удаления саливолитов с применением эндовидеоскопической поддержки, который внедрен в лечебный процесс. У 3 (12,5%) больных СКБ подчелюстной железы и 2 (8,3%) больных

СКБ околоушной железы, при локализации слюнных камней в дистальны отделах главных выводных протоков, были успешно выполнены операции по удалению саливолитов с применением эндоскопической техники. Следует отметить, что, по-прежнему, существует проблема расходных материалов для выполнения таких операций из-за их высокой стоимости.

Таким образом, использование, по показаниям, методики удаления слюнных камней с применением эндоскопической техники эффективно и может использоваться в лечебной работе амбулаторно-поликлинических учреждений, а также в условиях дневных стационаров специализированных челюстно-лицевых и стоматологических отделений многопрофильных лечебно-профилактических учреждений.

И.Н.Лютаревич, С.В.Леонов

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЛЬЕФА ПОВЕРХНОСТИ МЕСТНЫХ РАЗРЫВОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ С ПОЗИЦИИ ФРАКТОГРАФИИ.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

Повреждения печени проявляются большим числом морфологических признаков. Согласно классификации, предложенной Ю.И. Соседко (2001), они подразделяются на общие и частные изменения. К общим признакам относятся: подкапсульные кровоизлияния, трещины и разрывы капсулы, подкапсульные разрывы паренхимы печени, локальные очаги размозжения печени, её центральные разрывы, краевые отрывы ткани печени, повреждения связок, желчного пузыря, внеорганные повреждения. К частным проявлениям повреждений печени отнесена их морфологическая характеристика: локализация, форма, размеры, расположение плоскости разрыва, состояние и характер краёв и дна разрывов, их глубина, наличие межтканевых перемычек [1].

И.Ю. Пиголкиным и И.А. Дубровиной (2015) было предложено классифицировать разрывы печени как местные основные (первичные), дополнительные (вторичные) и отдаленные (непрямые), подразделяемые в свою очередь на центральные, противоударные и периферические разрывы. Авторы установили, что в зависимости от силы и вида травматического воздействия (удар, сдавление) меняется степень локальной и общей деформацией органа, а, следовательно, и локализация разрывов печени, поскольку при этих видах нагружения характер деформаций существенно различается [2-6]. Но, несмотря на все многообразие выделяемых морфологических признаков повреждений, их диагностическая значимость остаётся не достаточной для понимания механизмов образования повреждений печени при тупой травме, т.к. характеристики рельефа поверхности разрывов не учитывалась.

Целью данного исследования является изучение морфологических элементов поверхностей местных основных разрывов печени с применением фрактографических [7] методов исследования, а так же оценка возможности и адекватности их применения в судебно-медицинской экспертизе.

В связи с этим были поставлены следующие задачи:

1. Изучить рельеф поверхностей разрывов печени, руководствуясь фрактографическими принципами исследования.

2. Сравнить классические морфологические элементы поверхностей разрушения металлов с морфологическими элементами, обнаруженными на поверхностях разрывов печени.

3. Оценить возможность определения направления и места приложения травмирующего воздействия по морфологии поверхностей разрывов печени.

С точки зрения фрактографии, в формировании разрывов печени можно выделить два основных вида деформаций: деформация отрыва и деформация сдвига.

При деформации отрыва на поверхностях изломов образуются ямки отрыва, которые на смежных поверхностях имеют одинаковое направление

своих выгнутых частей, вогнутая часть ямок указывает на место зарождения отрыва.

При деформации сдвига возникают ямки сдвига, отличающиеся от ямок разрыва тем, что на смежных поверхностях они направлены в противоположные стороны. Выгнутая часть ямок сдвига указывает направление, в котором происходило смещение материала смежных поверхностей.

Материалом исследования послужили данные экспериментальных повреждений фрагментов печени при большой (4800Н) силе удара (20 наблюдений). Изучались участки контактного разрушения печени.

Данные о повреждении печени и рельефе поверхности разрыва получали путем осмотра невооружённым глазом и при непосредственной стереомикроскопии повреждения (микроскоп Leika M600) в отражённом и косом свете с применением малых увеличений 2-20 крат. Измерения линейных размеров производили с помощью окуляр-микрометра и линейки. Фиксировались такие элементы рельефа поверхности разрывов как гребни отрыва и гребни сдвига [7].

Было установлено, что общая картина поверхности разрыва печени соответствует классике, а морфологические элементы, фиксируемые на поверхностях разрушения паренхиматозного органа, схожи с элементами, выделяемыми фрактографией на поверхностях металлов. Отличие проявляется в большей скругленности и пологости вершин гребней, плавности их границ и переходов друг в друга, что обусловлено иными прочностными характеристиками материала печени в сравнении с металлом.

Нами установлено, что по краям разрыва располагаются гребни отрыва, что свидетельствует, о возникновении на данных участках отрывных деформаций. Вогнутая часть гребней отрыва указывает на место зарождения разрыва, а выгнутая часть – на направление разрушения. Отличительной особенностью гребней отрыва является то, что на смежных поверхностях разрыва они имеют одинаковое направление.

При удалении от края разрыва деформации отрыва начинают переходить в сдвиговые деформации, что проявляется появлением гребней сдвига, которые формируют ступенеобразный рельеф поверхности разрыва и могут располагаться поперечно к гребням отрыва. Выгнутые части гребней отрыва показывают направление смещения ткани печени на исследуемой поверхности, вогнутые части – на смежной поверхности разрыва. Главным отличием гребней сдвига от гребней отрыва является то, что на смежных поверхностях разрыва они имеют противоположное направление.

Таким образом, в ходе решения поставленных задач были получены следующие результаты:

1. В рельефе поверхностей разрывов печени были выделены такие морфологические элементы как гребни отрыва и сдвига.

2. Установлено, что морфологические элементы, выделяемые фрактографией на поверхностях разрушения металлов схожи с элементами, фиксируемыми в ходе исследования на поверхностях разрывов паренхиматозного органа.

3. Обнаружено соответствие места приложения и направления травмирующей силы, установленными по данным фрактографического исследования поверхностей разрывов печени с условиями проведения эксперимента.

Выводы:

Обнаружены ранее не выделяемые морфологические элементы рельефа поверхностей разрывов печени, образующихся при механической нагрузке. Установлено, что основными элементами рельефа являются гребни отрыва и сдвига.

Выделяемые фрактографией элементы рельефа на поверхностях излома металлов пригодны для исследования поверхностей разрушения паренхиматозных органов (с учётом некоторой скругленности и пологости вершин гребней, плавности границ и переходов, что обусловлено иными прочностными характеристиками материала печени).

Локализация гребней отрыва на поверхности разрыва позволяет определить место приложения травмирующей силы к поверхности органа.

Расположение гребней сдвига позволяет выявить направление роста местного основного разрыва, что в свою очередь помогает установить направление вектора удара.

Полученные результаты могут быть использованы при решении экспертных задач в рамках проведения судебно-медицинских экспертиз.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Соседко, Ю.И. Диагностика основных видов травматического воздействия при травме органов живота тупыми предметами / Ю.И. Соседко // Ижевск: Экспертиза, 2001 – 239 с.

2. Пиголкин, Ю.И. Общие и частные характеристики разрывов печени при тупой травме / Ю.И.Пиголкин, И.А. Дубровина // Судебно-медицинская экспертиза. –2014. - № 4. – С. 8-12.

3. Пиголкин, Ю.И. Морфология разрывов печени при тупой травме живота / Ю.И.Пиголкин, И.А. Дубровина, И.А. Дубровин, А.М.Шестаков, С.Н.Володько // Судебно-медицинская экспертиза. – 2013. - № 1. – С. 10-12.

4. Дубровина, И.А. Морфология разрывов печени при моделировании тупой травмы живота / И.А.Дубровина, И.А.Дубровин, С.В.Леонов, С.Н.Володько // Судебно-медицинская экспертиза. – 2014. - № 3. – С. 9-13.

5. Пиголкин, Ю.И. Характеристика процессов разрушения ткани печени, лежащих в основе формирования местных и отдаленных ее повреждений / Ю.И.Пиголкин, И.А.Дубровина И.А.Дубровин, А.М.Шестаков, Б.С. Хачатурян // Судебно-медицинская экспертиза. –2013. - №2. – С. 22-26.

6. Дубровина, И.А. Классификация, морфология и общая характеристика механизмов повреждений печени при тупой травме живота / Дубровина И.А. // Медицинская экспертиза и право – 2012. - № 4. – С. 40-43.

7. Феллоуз Дж. Фрактография и атлас фрактограмм. 1982. с. –90, с. – 117.

А.В. Максимов

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ – КЛЮЧ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 111401, г. Москва

ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 129110, г. Москва

Введение:

Судебно-медицинская деятельность включает в себя анализ и регулярное обобщение судебно-медицинских материалов о скоропостижной смерти, отравлениях, различных видах травматизма с целью выявления факторов, имеющих значение для разработки органами здравоохранения профилактических и организационных мероприятий, решения кадровых проблем с целью улучшения оказания медицинской помощи населению. Поэтому в обязанности судебно-медицинской службы входит своевременная информация органов Управления Здравоохранением субъектов Российской Федерации обо всех случаях выявления дефектов диагностики и лечения [2].

В настоящее время нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность судебно-медицинской службы в Российской Федерации, не содержат прямого указания на необходимость сопоставления заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов при проведении судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупов лиц, умерших в стационарах медицинских организаций. Вместе с тем практическому здравоохранению чрезвычайно важен анализ судебно-медицинских экспертных исследований, связанных с дефектами оказания медицинской помощи [1].

В связи со сложившимся правовым вакуумом на федеральном и субъектном уровне в Бюро судебно-медицинской экспертизы МО издан локальный внутренний приказ, предписывающий проводить сопоставление заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов, выполнять

анализ случаев летальных исходов в медицинских организациях, изучать структуру и причины ошибок диагностики. Полученные в ходе подобного анализа данные в виде ежегодного бюллетеня служат информацией, предназначенной для руководителей учреждений практического здравоохранения [2].

Цель исследования: провести анализ сопоставлений заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов при проведении судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупов лиц, умерших в стационарах медицинских организаций Московской области за 2016 год.

Материалы исследования:

Материалом исследования послужили сведения из отраслевой статистической отчетности государственного бюджетного учреждения «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Московской области (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ») за 2016 год. Во всех случаях принимали во внимание факты несовпадения основного заболевания (повреждения) при сопоставлении заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов трупов, в случаях исследования лиц, поступивших из стационаров на судебно-медицинское исследование.

Результаты и их обсуждение:

По данным ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» на фоне общего ежегодного увеличения количества судебно-медицинских исследований трупов, отмечается уменьшение числа исследования случаев смертельных исходов в стационарах. За последние пять лет количество исследованных трупов, поступивших из стационаров на судебно-медицинское исследование, уменьшилось на 9,7%. В 2016 году доля исследований трупов из стационара к общему числу судебно-медицинских исследований составила чуть менее 5%. При сличении заключительных клинических и судебно-медицинских диагнозов в 2016 году несовпадение по основному заболеванию отмечалось в каждом четвертом случае. Несмотря на то, что общее число умерших в стационаре из года в год

уменьшается, процент расхождений диагнозов остаётся постоянно на достаточно высоком уровне.

Рассматривая структуру расхождений клинического и судебно-медицинского диагнозов по категориям смерти можно отметить колоссальную разницу в качестве диагностики смерти от внешних воздействий и смерти от заболеваний. Процент расхождений диагнозов в случаях смерти от заболеваний примерно в 5 раз превосходит процент расхождений диагнозов в случаях насильственной смерти. Критериями расхождения диагнозов как в случаях насильственной смерти, так и в случаях смерти от заболеваний наиболее часто выступали неверное определение нозологической формы и её локализации, неправильно установленный характер патологического процесса, а также случаи гипо – или –гипердиагностики.

Среди причин смерти от внешних воздействий самый высокий процент расхождений клинического и судебно-медицинского диагнозов занимают отравления – 70 (27,1%). Трудными для диагностики оказалась травма позвоночника, травма груди и живота и черепно-мозговая травма. Из 209 расхождений клинического и судебно-медицинского диагнозов в 27 случаях ошибки диагностики имели прямое влияние на неблагоприятный исход. 60% этих случаев представлены расхождениями диагнозов при смерти от черепно-мозговой травмы, и обусловлены дефектом диагностики субдуральной гематомы и не проведением показанного оперативного вмешательства. В 2016 году самый высокий процент нераспознанной соматической патологии составляют заболевания органов пищеварения – 67,1%. Такой же высокий процент (65,3%) наблюдается при смерти от болезней органов дыхания, из них пневмонии не распознаны в более чем в 71%. Болезни системы кровообращения также оказались трудны для диагностики более, чем в половине случаев смерти от этих заболеваний. Обращает внимание низкое качество диагностики новообразований. Из ошибок диагностики, которые напрямую влияли на исход, оказалась нераспознанные болезни органов пищеварения и кровообращения.

Из общего числа несовпадений диагнозов по основному заболеванию расхождение 1-ой категории установлено в 31,5% случаев, расхождение 2-ой категории встречалось в 58,1% наблюдений. На долю расхождений 3-ей категории пришлось 10,4% от общего числа несовпадений диагнозов. Обращает на себя внимание, что в этой категории расхождений клинического и судебно-медицинского диагнозов чаще встречались случаи смерти от заболеваний, чем случаи смерти от внешних причин. Статистически достоверно превалировали объективные причины расхождения диагнозов по основному заболеванию и составили в среднем 58,1%. Субъективные причины диагностических ошибок концентрировались в некачественном осмотре, недостаточном инструментальном исследовании; недостаточном наблюдении объекта исследования, отсутствием повторных инструментальных исследований; неправильной трактовкой данных дополнительных методов исследования. Необходимо отметить, что каждый пятый случай установленных расхождений был обусловлен неверным оформлением заключительного клинического диагноза: отсутствием рубрик; неверным указанием нозологических единиц в других рубриках; перечислением диагнозов со знаком вопроса. Обращает на себя внимание низкая активность руководителей стационаров в проведении клинико-анатомических конференций. Так в 2016 году при 597 расхождениях клинического и судебно-медицинского диагнозов разобрано всего 252 случая на 132 клинико-анатомических конференциях [4].

Выводы:

1. По данным ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» при сопоставлении клинических и судебно-медицинских диагнозов в 2016 году выявил резервы снижения количества случаев расхождений диагнозов. Наибольший удельный вес среди субъективных причин расхождений диагнозов занимала неправильная формулировка заключительного клинического диагноза. Устранение этой причины, а именно: грамотное формулировка диагнозов согласно современными требованиям МКБ-10, представляет собой существенный резерв для снижения количества расхождений диагнозов.

2. На низком уровне остается диагностика отравлений. Ведущей причиной такого неблагоприятного положения является игнорирование врачами клинического профиля возможности направлений на химико-токсикологическое исследования биологических жидкостей в лаборатории ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», которые созданы для оказания помощи медицинским учреждениям Московской области в диагностике и лечении отравлений.

3. Анализ ошибок неверной диагностики черепно-мозговой травмы, заболеваний органов пищеварения, дыхания и кровообращения показал, что при наличии всех необходимых диагностических возможностей ошибочный диагноз стал возможным из-за недостаточного наблюдения объекта исследования, недостаточного инструментального исследования и отсутствием повторных инструментальных исследований.

4. Ведение больных согласно установленным клиническим протоколам и рекомендациям существенно снизят процент диагностических ошибок, имеющих значение в наступлении неблагоприятного исхода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клевно В.А., Кучук С.А., Гайдичук В.В. Сопоставление заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов – как инструмент улучшения качества оказания медицинской помощи // Заместитель главного врача – М. 2014. - № 8. – С. 52-58.

2.Клевно В.А., Кучук С.А., Жулин С.А. Клинико-анатомический эпикриз в экспертной практике. Судебная-медицина. – 2016; 2 (1): 21-24. DOI: 10.19048 /2411-8729-2016-2-1-21-24.

3.Максимов А.В. Дефекты оказания медицинской помощи, выявленные при проведении судебно-медицинских экспертиз умерших в стационарах медицинских организаций / Судебная медицина – 2015. Т. 1. № 2. – С. 24-25.

4.Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в

2016 году: ежегодный бюллетень / [Клевно В.А., Кучук С.А., Максимов А.В. и др.]; под ред. проф. В.А. Клевно – М.: Ассоциация СМЭ, 2017. – 56 с.

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

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПО СТЕРТОСТИ ЗУБОВ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ; г. Москва

Попытки ряда стран сохранить любой ценой свое доминирующее положение и навязывание своих интерес привело к дестабилизации политического миропорядка, резкому обострению международных отношений и появлению военных конфликтов, сопровождающихся неконтролируемым увеличением миграция населения, способствующие обострению криминогенной обстановки в стране и мире. Кроме того, участились случаи стихийных крупномасштабных катастроф и чрезвычайных ситуаций, террористических актов, сопровождающихся большим количеством человеческих жертв со значительным разрушением тел, что затрудняет опознание погибших.

Судебная стоматология является разделом судебной медицины, в которой проблемам идентификация личности отводится приоритетное значение, как одному из самых действенных и надежных методов, особенно при крупномасштабных катастрофах [1], [4].

Первостепенное значение стоматологического статуса в ходе проведения экспертиз по отождествлению личности погибших обусловлено доступностью исследования зубов у живого человека и их необыкновенной устойчивостью в отношении неблагоприятных воздействий внешних и внутренних факторов [2].

Под стоматологическим статусом подразумевают совокупность врожденных и приобретенных в процессе жизни особенностей строения

челюстно-лицевой системы, приводящие к приобретению неповторимые в своей совокупности признаков, позволяющих индивидуализировать личность [3].

Определение возраста по зубам – один из этапов идентификации личности, основанный на сроках формирования и прорезывания молочных зубов, наличие зубов в сменном на постоянном прикусе.

В последующие периоды жизни, после 18 – 25 лет, экспертным критерием установления возраста является степень изношенности (стирания) жевательных поверхностей и режущих краев зубов.

Различают физиологическую и патологическую (повышенную) стираемость зубов. Кроме того, выделяют и замедленную стираемость, при которой бугорки моляров и премоляров и режущие края резцов и клыков остаются практически неизменными, однако страдают ткани пародонта.

При установлении возраста по степени изношенности зубов у живых лиц и на свежих трупах используются данные С.Я.Кузьмич и Т.С.Харламовой, а для исследования зубов трупов, подвергшихся полному скелетированию применяют исследования М.М.Герасимова, предложившего 6-балльную систему визуальной оценки степени стертости режущих краев и жевательной поверхности для разных групп зубов верхней челюсти.

З.П.Чернявская усовершенствовала методику, разработанную М.М.Герасимовым, включив зубы нижней челюсти, учитывая прикус, наличие или отсутствие протезов, давность захоронения.

Степень и скорость прогрессирования стертости зубов могут также варьировать в сторону ускорения или замедления, что зависит от ряда внутренних и внешних факторов, причем немаловажную роль здесь играет характер принимаемой пищи.

При установлении возраста по степени изношенности зубов в судебно-медицинской практике принято, что при наличии в полости рта протезов стертость зубов-антагонистов повышается на 1-2 балла, однако это не всегда правильно. В настоящее время в стоматологии имеется достаточно большое

разнообразие материалов, степень стираемости у которых сильно варьирует со степенью стираемости твердых тканей зуба. Процесс стирания может быть замедлен до 1 балла при расположении зубов вне зубного ряда.

Вопросам определения возраста человека по степени стираемости зубов с учетом наличия ряда патологических состояний и вредных условий труда посвящено исследование А.А.Плишкиной.

Повышенную стираемость в результате пережевывания пищи автор наблюдает у людей в различных возрастных группах, объясняя, даже резко выраженное стирание твердых тканей зубов, компенсаторно-приспособительными физиологическими процессами, облегчающими движение нижней челюсти.

По мнению А.А.Плишкиной, в последнее время наблюдается новая волна редукции в зубочелюстном аппарате, которую нельзя объяснить лишь изменением характера пищи. Частота и причины патологической стираемости зависят как от общих эндогенных факторов (заболевания эндокринной, желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой систем, сопровождающиеся нарушениями минерального обмена), так и от местных экзогенных факторов (кислые напитки, соки, пища, абразивные зубные порошки и пасты, приводящие к деминерализации эмали), отрицательно влияющих на резистентность твердых тканей зубов и определяющих их истирание.

Таким образом, при проведении судебно-медицинской экспертизы трупов и живых лиц большое значение имеет описание стоматологического статуса. Определение возраста для успешной идентификации личности производят по каждому отдельному признаку: срокам прорезывания и степени изношенности каждого зуба и группы зубов, с учетом индивидуальных особенностей организма.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Медико-криминалистическая идентификация. Настольная книга судебно-медицинского эксперта /Под ред. В.В.Томилина. – М.: Издательская группа НОРМА-ИНФРА, 2000. – 472 с.

2. Пиголкин Ю.И., Ромодановский П.О., Леонов С.В. и др. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство/ под ред. Ю.И.Пиголкина. – М.: ГЭОТАР –Медиа, 2014. – 728 с.: ил.

3. Ромодановский П.О., Баринов Е.Х., Манин А.И., Манин О.И. Особенности идентификации личности в судебной стоматологии. – Москва, АНО ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2016. - 242с.

4. Ромодановский П.О., Баринов Е.Х., Сундуков Д.В. Судебная медицина. Учебное пособие для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов (Гриф УМО). – Москва, РУДН, 2012. – 239 с.

Н.А.Михеева, Н.Е.Добровольская

ОБУЧЕНИЕ В ОРДИНАТУРЕ – ЗАЛОГ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ ВРАЧА-СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

Экспертиза - исследование объектов, проводимые на основании постановления, с целью решения вопросов, возникающих в процессе расследования и рассмотрения уголовного или гражданского дела.

Судебно-медицинская экспертиза – самостоятельный род судебной экспертизы- процессуального действия, состоящего из проведения исследований и дачи заключения по вопросам, разрешения которых требует специальных знаний, необходимых для решения вопросов медико-биологического характера, возникших в процессе судопроизводства, знания, умения и навыки в области судебной медицины, приобретаемые в результате

специальной подготовки по судебно- медицинской экспертизе и в процессе судебно-экспертной деятельности.

Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:

• живые лица;

• трупы;

• вещественные доказательства;

• материалы следственных и судебных дел;

• нарушения профессиональных обязанностей медицинским персоналом. (Волков)

Зачастую в литературе рассматривают как отдельный вид экспертизы СМЭ по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников связанных с ошибками и неблагоприятными исходами оказания медицинской помощи (услуги). Необходимость в её назначении возникает обычно, когда возникают жалобы и заявления о неправильных методах лечения, применявшихся медицинскими работниками и приведших к ухудшению течения болезни, тяжким последствиям или к смерти, а также заявления граждан о неоказании или несвоевременном оказаний медицинской помощи конкретными медицинскими учреждениями или должностными лицами. В связи с широким распространением платных услуг медицинского характера существенно возросло число гражданских дел, связанных с претензиями граждан к врачам и медицинским учреждениям.

При обучении в ординатуре будущие судебно-медицинские эксперты должны получить знания, которые будут применимы в их практической деятельности, в частности, относительно проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по вопросам, связанным с безопасностью оказания медицинской помощи (услуги). Ординаторы должны знать виды профессиональных и профессионально-должностных преступлений медицинских работников; причины неблагоприятных исходов в медицинской практике при оказании медицинской помощи (услуги); понятия «ятрогения», «несчастный случай», «неблагоприятный исход»; порядок назначения и

проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы в случаях рассмотрения «врачебных» дел; порядок привлечения специалистов различных медицинских специальностей для производства СМЭ в уголовном или гражданском судопроизводствах по вопросам связанным с дефектами и неблагоприятными исходами оказания медицинской помощи (услуги); основания административной, гражданской и уголовной ответственности за нарушение медицинскими работниками прав граждан в области охраны здоровья (возмещение вреда здоровью, компенсация материального ущерба и морального вреда и др.); виды административной и дисциплинарной ответственности медицинских работников.

Ординаторы должны уметь изучать и анализировать представленные материалы уголовных и гражданских дел, связанных с вопросами ненадлежащего оказания медицинской помощи (услуги); изучать, систематизировать, анализировать представленную медицинскую документацию; проводить освидетельствование истцов, в том числе и при участии врачей других специальностей; проводить экспертную оценку неблагоприятных исходов в случаях ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей; оценивать степень тяжести причиненного вреда здоровью в связи с дефектами оказания медицинской помощи; давать заключение по материалам уголовных и гражданских «врачебных» дел в пределах своей компетенции.

Ординаторы должны владеть навыками изучения, анализа материалов уголовных и гражданских «врачебных» дел, оценки эффективности результатов оказания пациентам стоматологической помощи (услуги); навыками обоснования действий медицинских работников в случаях возникновения неблагоприятных исходов в медицинской практике; навыками оценки медицинских последствий (причинение вреда здоровью, смерти и др.) ненадлежащего выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей; навыками формулирования в экспертных

выводах ответов на вопросы поставленные перед судебно-медицинскими экспертами по представленным материалам «врачебных» дел.

Ординаторы должны приобрести опыт работы с документами, регламентирующими правовую основу охраны здоровья граждан РФ, с документами об основных принципах охраны здоровья граждан, о правах граждан на охрану здоровья, о гарантиях осуществления медико-социальной помощи, о правах и обязанностях медицинских работников, о клятве врача и врачебной тайне, о требованиях, предъявляемых к оформлению судебно-медицинской документации, о принципах построения выводов при проведении данных видов экспертиз.

Проведение судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с профессиональными правонарушениями медицинских работников, имеет свои особенности и является одним самых сложных видов судебно-медицинских экспертиз. Подобные экспертизы всегда проводятся комиссионно, с участием врачей - специалистов в различных областях медицины, для них представляются только подлинники медицинской документации, и материалы судебных дел. В состав комиссии должны входить высококвалифицированные судебно-медицинские эксперты и врачи-специалисты.

В связи с этим особенно важно в процессе обучения в ординатуре обеспечить получение будущими специалистами необходимых знаний, умений и навыков, позволяющих в процессе работы на должном профессиональном уровне давать правильную оценку выполнения обязанностей медицинскими работниками, действия которых оспариваются.

ЛИТЕРАТУРА:

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

2. Крюков В.Н., Буромский И.В. Руководство по судебной медицине: М.: Норма Инфра-М, 2014. С.302

3. Приказ Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. N 1052
"Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.10 Судебно-медицинская экспертиза (уровень подготовки кадров высшей квалификации)"

4. Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в уголовном, гражданском, арбитражном процессе. М.: Норма, 2005. С. 162

Н. Ф. Неделько

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Иркутск

Главной побудительной силой любых действий, либо деятельности человека, в том числе и учебно-познавательной деятельности студентов являются личностные потребности. Потребность «нашедшая» свой предмет, преобразуется в мотив (как бы осознанную потребность), на основе которого формируется мотивация той или иной силы.

Б.Ф.Ломов [11] относит мотивы к системообразующим факторам личности; мотивация является глубоко личностным образованием; деятельности без мотива не бывает (Леонтьев А.Н.), следовательно, мотив является неотъемлемым структурным компонентом деятельности [1]; мотив выступает основной категорией всех теорий мотивации (Якобсон П.М.).

Деятельность – это процесс, «побуждаемый и направляемый мотивом – тем, в чем опредмечена та или иная потребность»; «за соотношением деятельностей открывается соотношение мотивов» [9].

Наряду с мотивами и потребностями, которые выражаются в желаниях и намерениях, побудителем человеческой познавательной деятельности может

быть и интерес. Именно данное мотивационное состояние, как показали наши исследования [14], играет наиболее важную роль в приобретении новых знаний, в формировании познавательного интереса и профессиональной ориентации студентов.

Мотивация – это как источник активности человека, как система побудителей любой деятельности. Мотивация – это сложная психологическая категория, которая понимается как один конкретный мотив; как целостная система мотивов поведения и деятельности человека; как особая сфера, включающая в себя потребности, цели, интересы, познавательные и профессиональные мотивы в их сложном динамическом взаимодействии. В процессе усвоения материала мотивация выступает определенной потребностью и входит в структуру учебной деятельности студентов в качестве внутреннего мотива [3].

Развитие мотивации учебной деятельности представляет собой один из основных аспектов проблемы целостного развития личности в обучении [1].

В связи с вышеизложенным становится очевидным, что во многих психолого-педагогических и андрагогических исследованиях на передний план выступает проблема мотивации учебной деятельности [1-10,12,13,18].

Проведенное нами исследование [17] показало, что особую значимость в формировании мотивации приобретает выделение (диагностирование) познавательных мотивов – внутренней и внешней мотивации учебной деятельности студентов.

Внутренние мотивы (познавательный интерес, профессиональный интерес и осознание практической и теоретической значимости получаемых знаний для будущей профессиональной деятельности, особенности ее, уровень профессиональной подготовленности преподавателя, эмоциональная насыщенность практических занятий, любознательность, любопытство, стремление повысить культурный и образовательный уровень, мотивы вхождения в группу общения в ходе обучения, доминирования и др.) носят личностный характер, побуждают студента относиться к процессу обучения как

к своей осознанной цели, обусловлены познавательной потребностью субъекта, удовольствием и удовлетворением, получаемым от процесса познания и реализации своего личного потенциала. Доминирование внутренней мотивации характеризуется высокой познавательной активностью обучающегося в процессе учебной деятельности. Овладение учебным материалом для него является и мотивом, и целью обучения. Студент непосредственно вовлечен в познавательный процесс и это доставляет ему эмоциональное удовольствие.

Под влиянием внутренней мотивации «построение и динамика объекта усвоения раскрывается как поле свободной деятельности личности, достигается стойкий интерес к обучению» (Гальперин П.Я.).

Мотивация внутреннего типа, которая характеризуется социализованным личным смыслом, - это реальная внутренняя мотивация развития. Она является необходимым фактором построения внутренне гармоничной предметной структурной учебной деятельности, оптимальным образом организующей весь процесс ее реализации [13].

Внешние мотивы характеризуются тем, что овладение содержанием учебного предмета не является целью обучения, а выступает средством достижения других целей, например, создание ситуации успеха, или осознание неудачи и ее причин, соревновательность, получение стипендии, подчинение требованиям преподавателя, получение похвалы, признание товарищей, наказание и награда, угроза и требование, давление группы, избегание неприятностей, ожидание будущих благ и т.д. При внешней мотивации студент, как правило, отчужден от процессов познания, он пассивен, переживает бессмысленность происходящего, либо его активность носит вынужденный характер.

При доминировании внешней мотивации создается неадекватная, инвертированная (перевернутая) предметная структура учебной деятельности [13].

Одним из основополагающих компонентов повышения эффективности качества учебного процесса является мотивация студента к учебно-

познавательной деятельности и личностным достижениям, которая определяется внутренними и внешними мотивами, а преподавателя – к совершенствованию содержания преподаваемого предмета и методов организации учебного процесса. Преподаватель, заинтересованный в повышении эффективности своей деятельности, конечно, обращает внимание на мотивацию учебной деятельности обучающихся и стремится к ее активизации и поддержанию на высоком уровне. Но он не имеет диагностического инструментария, который позволил бы ему определить характер (направленность, динамику) учебной мотивации, проявляемой на практическом занятии.

В связи с вышеизложенным мы поставили перед собой цель: исследовать направленность мотивации и уровни развития внутренней мотивации учебной деятельности студентов при изучении предмета судебной медицины. Для решения этой цели мы использовали методику, разработанную Т.Д.Дубовицкой [4].

Материалы и методы

Подробности методики психолого – педагогического исследования при изучении мотивации учебной деятельности студентов представлены в нашей ранее выполненной работе [17].

В настоящем психологическом исследовании участвовали студенты лечебного (340 студ.), педиатрического (180 студ.) и медико-профилактического (198 студ.) факультетов. Всего в эксперименте участвовало 712 человек.

Полученный в процессе исследования цифровой материал обрабатывали с использованием компьютерной программы Excel, критерием статистической достоверности получаемых результатов считали величину $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Общие результаты экспериментального исследования студентов медико-профилактического, лечебного и педиатрического факультетов представлены в таблице 1.

Анализ полученных в ходе исследований данных свидетельствует, что на педиатрическом, лечебном и медико-профилактическом факультетах показатели внутренней мотивации статистически достоверно доминируют над внешней ($p<0,05$). Выявлено существенное различие между показателями внешней мотивации на педиатрическом факультете по сравнению с таковыми на лечебном и медико-профилактическом факультетах ($p <0,05$). Наблюдается статистически значимое изменении показателей внутренней мотивации от низкого к среднему и от среднего к высокому уровням у студентов трех факультетов ($P<0,01$). Выявлен более низкий уровень внутренней мотивации на медико-профилактическом и педиатрическом факультетах по сравнению с лечебным факультетом ($P< 0,05$).

Явное доминирование внутренней мотивации над внешней, а также превалирование высокого уровня мотивации над средним и низким на всех факультетах, по нашему мнению, можно объяснить тем, что в целях повышения эффективности учебного процесса, активации роли обучающегося в его организации нами были созданы и использованы научно-обоснованные психолого-педагогические и андрогагические принципы (технологии) обучения и оценивания качества знаний, умений и навыков студентов, осуществление которых с высокой степенью гарантированности приводит к достижению поставленных целей.

Достижению этих целей конкретно также способствовали следующие обстоятельства: создание физических и психологических условий обучения; создание благоприятных современных учебно-методических условий обучения; перенос акцента с обучающей деятельности преподавателя на познающую, развивающую деятельность студентов; использование балльно-рейтинговой системы и тестовой методики для объективной оценки учебной деятельности и качества знаний студентов [14-17].

Таким образом, используя предложенную методику, представляется возможным определить (диагностировать) характер учебной мотивации (ее направленность и динамику). Это может способствовать выявлению различных

категорий студентов в зависимости от направленности и уровня мотивации, формировать у них познавательные и профессиональные мотивы и управлять их учебно-познавательной деятельностью.

Таблица 1

Сравнительные результаты направленности и динамики учебной мотивации (М±м)

Факультет	Внешняя мотивация	Внутренняя мотивация	Уровень внутренней мотивации		
			Низкий	Средний	Высокий
Медико-профилак-тический	7,20 ± 0,28	124,63± 0,15	2,10 ± 0,13	11,26 ± 0,17	16,13 ± 0,14
Лечебный	7,33 ± 0,41	14,78 ± 0,13	4,37 ±0,15	11,71 ± 0,19	16,55 ± 0,11
Педиатрический	8,94 ± 0,32	15,08± 0,19	2,40 ± 0,16	11,86 ± 0,22	16,47 ± 0,13

ЛИТЕРАТУРА:

1.Бакшаева Н.А., Вербицкий А.А Психорлогия мотивации студентов: Учебное пособие.-М.:Логос,2006.-184 с.

2.Гальперин П.Я.. Лекции по психологии: Учебное пособие для студентов вузов.-М: Книжный дом «Университет»: Высшая школа, 2002.-400 с.

3.Дианкина М.С. Качество обучения в медицинском вузе (психолого-педагогический аспект)): учеб. Пособие.-Чебоксары, 2008.-274 с.

4.Дубовицкая Т.Д. К проблеме диагностики учебной мотивации// Вопросы психологии, 2006.-№1.-С. 73-78.

5.Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А.,Кандыбович С.Л. Психология высшей школы.-Мн.: Харвест, 2006.-416 с.

6.Змеев С.И. Технология обучения взрослых: Учеб. Пособие для студ. Высш.учеб. заведений.- М.: Издательский центр «Академия», 2002.-198 с.

7.Ильин Е.П. Мотивация и мотивы.-СПб.:Питер.2006.- 512 с.

8.Креативная педагогика. Методология, теория, практика.-М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011.-319 с.

9.Леонтьев А.Н. Хрестоматия по педагогической психологии.-М.,1975.-304 с.

10.Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность.-М., Политиздат, 1975.-304 с.

11.Ломов Б.Ф. О системном подходе в психологии//Вопросы психологии. 1975.-№9.-С. 31-45.

12.Маркова А.К. Проблема формирования мотивации учебной деятельности// Советская педагогика, 1979.-№22.-С.63-71.

13.Мильман В.Э. Внутренняя и внешняя мотивация учебной деятельности//Вопросы психологии, 1987.-№5.-С.129-138.

14.Неделько Н.Ф., Исаев Ю.С., Алексеев И.В. Некоторые психолого-педагогические аспекты формирования познавательного интереса и профессиональной ориентации у студентов //Сибирский медицинский журнал.-2003.-№4.-С.103-107.

15.Неделько Н.Ф., Пашинян Г.А. О содержании, структуре и эффективности использования пособий управляющего типа в учебном процессе// Альманах судебной медицины.-СПб.-2001.-№1.-С.45-46.

16.Неделько Н.Ф., Исаев Ю.С., Алексеев И.В. О некоторых аспектах психолого-педагогической организации и управления самостоятельной работой студентов //Сибирский медицинский журнал.-2002.-№3.-С.94-98.

17.Неделько Н.Ф., Исаев Ю.С., Алексеев И.В. и др. Некоторые аспекты в изучении мотивации учебной деятельности студентов на примере предмета судебной медицины //Сибирский медицинский журнал.-2009.-№8.-С. 184-187.

18.Петровский А.В. Основы педагогики и психологии высшей школы.- Изд-во. Моск.. Ун-та, 1986.- 303 с.

Н. Ф. Неделько

ЛЕТОПИСЬ ПОВИВАЛЬНОГО ДЕЛА В РОССИИ И ИРКУТСКОЙ ГУБЕРНИИ

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Иркутск

И так как повивальные бабки боялись Бога,
то Он устроял домы их (Исх. 1:21)
«и сказал им Бог: плодитесь и размножайтесь,
и наполняйте землю» (Быт. 1:28)

Повитуха или повивальная бабка (ПБ) в наше время почти забытая нужная и добрая – древняя профессия, преломленная в свете современной жизни, современных достижений науки в акушерстве и возрожденная в новом качестве.

Во времена жизни И. Христа (В.В. Юнак, 2011) и на Руси помощь при родах оказывали ПБ, опыт которых предавался из поколения в поколение. Их деятельность всегда имела не только физиологический, но и духовный аспект. Современная ПБ – это дипломированная акушерка, обладающая опытом и знаниями домашней акушерки, которая в свою практику включает традиции родовспоможения Древней Руси. Она должна соблюдать православные традиции, быть воцерковленной, «…в звании своем испытанна, удостоена и присягою обязана; притом благонравна, доброго поведения, скромна и, трезва,…» [16]. Таким образом, ПБ это – богобоязненный человек с высоким морально-этическими принципами жизни, которому доверялось самое дорогое и сокровенное – жизнь новорожденного младенца и роженицы.

В конце XVI в. при царе И. Грозном был создан Аптекарский приказ. Традиции и Домострой, существовавшие в то время, сохраняли представление о том, что врачам-мужчинам запрещалось заниматься акушерством, и роды обычно принимали ПБ.

Во времена царствования Петра I начал формироваться медицинский научно обоснованный «мужской» подход к процессу родоразрешения, вытесняя естественно-интуитивное «женское» ведение беременности и родов. До начала XIX в. «врачам… не разрешалось изучать акушерство на человеческом теле, и если врач исследовал роженицу без ПБ, то его отдавали под суд» (В.П. Лебедева, 1934)

В 1754г. П.З. Кондоиди, лейб-медик при императрице Елизавете Петровне, подал в собрание Правительствующего Сената «представление о порядочном учреждении бабичьего дела в пользу общества». Все «бабки российские и иностранные» должны были пройти в Медицинской Канцелярии квалификационную аттестацию. Те из них, «кои по аттестатам явятся достойны», принимали Присягу, отчего и звались такие ПБ присяжными. Список их, имеющих разрешение на самостоятельную практику, предполагалось подавать в полицию «для народного известия».

Принимая присягу на Библии [16], каждая ПБ обещала:

– «днем и ночью, немедленно ходить к роженицам богатым и убогим, какого - б чина и достоинства ни были»;

– «ежели родины продолжительные будут, муке напрасно не склонять и не принуждать, а буду с терпеливостию ожидать настоящаго времени, при том же бранливых слов, клятв, пьянств, непристойных шуток, неучтивых речей и прочаго, совершенно удерживаться»;

– «к выкидыванию младенца ни с кем и никогда соглашаться не буду, и к тому себя употреблять ни за что не дам» и пр.

29 апреля 1754 г. Правительствующий Сенат утвердил Представление Медицинской канцелярии, издав Указ «О порядочном учреждении бабичьего дела в пользу общества».

Первым профессором и преподавателем «бабичьего дела» в Москве и вообще в России был И.Ф.Эразмус. С 1757 г. Он преподавал ПБ в акушерской школе и выполнял обязанности городового акушера в Москве. С1763 г. у него изучали акушерство учащиеся Московской госпитальной школы. В 1764 г. он

возглавлял кафедру анатомии, хирургии и бабичьего искусства на медицинском факультете Московского университете., где проработал до конца жизни.

В 1757 г. в Москве и Петербурге были основаны первые школы для подготовки квалифицированных ПБ. Обучение вели, в основном, акушерки-немки, а не врачи. Мужчинам-врачам пока еще было запрещено прикасаться к беременной женщине.

Родовспомогательные заведения изначально предназначались, в основном, для женщин из беднейших слоев населения, а также для незамужних женщин в качестве тайного убежища [16]. Рожать в больнице было как бы зазорно, поэтому в случаях домашних родов приглашали ПБ.

В 1764 г. по указу Екатерины II в Москве при Университете был открыт Воспитательный дом и при нем Родовспомогательное отделение для незамужних женщин, в состав которого входил Родильный госпиталь для бедных родильниц.

В 1771 г. по предписанию Екатерины II в Санкт-Петербурге был открыт воспитательный дом, и при нем был учрежден первый повивальный госпиталь для незамужних родильниц.

Научное становление акушерства и улучшение преподавания «бабичьего дела» в Петербурге было связано с деятельностью Н.М. Максимовича-Амбодика, которого называют «отцом русского акушерства». В 1782 г. Он первым из русских врачей получил звание профессора повивального искусства. Он написал первое русское руководство по акушерству «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле». Он первый ввел преподавание акушерства на русском языке, боролся против иностранного засилия в русских медицинских учреждениях. В своё время он писал: «Здравый рассудок повелевает больше пещися о размножении народа, полезным содержанием новорожденных детей, чем населением необработанной земли немецкими чужеземными пришельцами».

Именно с этого времени к беременной женщине и на роды стали допускаться мужчины-врачи.

При царствовании Екатерины II, в 1789 г., был дан «Устав повивальным бабкам», по которому к «бабичьему занятию» допускались только испытанные в знаниях и принесшие особую Присягу [16].Следует отметить, что присяжные бабки «недостаточным родильницам» должны были «услуживать безденежно».

В 1797 г. в Петербурге был открыт третий родильный госпиталь. Это было первое в России родовспомогательное и образовательное учреждение-Повивальный институт. «Родильня» предназначалась для замужних бедных рожениц на безвозмездной основе. Повивальное искусство преподавал и читал лекции Н.М.Максимович-Амбодик.

В 1806 г. При Московском университете был открыт новый Повивальный институт и родильный госпиталь для бедных рожениц.

В 1828 г. Николай I Указом объявил Повивальный институт государственным учреждением и назначил его покровительницей великую княгиню Елену Павловну. Учреждение называлось «Императорский институт повивального искусства с родильным госпиталем». При нем в 1845 г. Была организована первая в России школа сельских ПБ.

В ходе масштабного реформирования высшего медиинского образования в первой половине 1840-х гг. были приняты новые «Правила испытаний врачей, фармацевтов, ветеринаров, дантистов и повивальных бабок» (18 декабря 1845 г.) (И. Зимин, Л. Орехова, Р. Мусаева, 2013).

После 1861 г. ПБ работали как в системе земской медицины, так и в государственной системе здравоохранения. Им назначалось жалование и повышенная пенсия, а также «за долговременное рачительное исполнения обязанностей» они отмечались знаками отличия и правительственными наградами.

В царской России существовали 3 профессиональные группы женщин, которые занимались родовспоможением: «ПБ» (высшее медицинское образование, обучение 6 лет в Повивальном институте), «сельская ПБ» (среднее медицинское образование, обучение 3 года в специализированных повивальных школах в крупных уездных городах), «повитуха» (заочное образование). Кроме

того, имелись центральные, местные и земские школы, в которых преподавался курс теоретического и практического родовспомогательного искусства).

ПБ ежемесячно предоставляли во врачебные управы (ВУ) отчеты о проделанной работе, сельские ПБ – раз в квартал. Последние работали на селе без права работы в городе. Они и принимали роды, и готовили повитух из соседних деревень. Повитуха получала свидетельство о своем образовании от ПБ, у которой она училась, за подписью городового или уездного врача.

ПБ должна быть безупречного поведения, честной и уважаемой в обществе. Она получала благословение у священника, регулярно исповедовалась и причащалась.

В 1757 г. В Москве работали 4 ПБ, в 1817 г.- 40 ПБ, в 1840 г. – 161 ПБ. В 1899-1900 гг. одна только Военно-медицинская академия в Петербурге готовила около 500 ПБ. В 1902 г. Их было 9 тысяч, из которых 6 тысяч работали в городах, а 3 тысячи – в сельских местностях. В 1913 г. В России во всех родильных домах насчитывалось 7,5 тысяч коек. Женских консультаций фактически почти не было. Около 95% женщин рожали без медицинской помощи. Помощь в родах, главным образом, оказывали знахарки и повитухи. Уровень материнской и детской смертности был чрезвычайно высоким [16].

Государственная система подготовки ПБ, которая сложилась при царизме, по инерции продолжала работать до 1920 г., после наступила реорганизация здравоохранения.

В 1922 г. был поднят вопрос о введении уголовной ответственности за незаконное врачевание. Был взят курс на колхозные родильные дома, а затем на полное стационарное медицинское родовспоможение. ПБ, продолжавшие практику ведения нормальных родов, подвергались судебному преследованию и последующей ссылке.

К постели рожающей женщины вместо ПБ встал врач. Началось внедрение «стандартизации» медицинских услуг. В 1935-36 гг. было введено массовое обезболивание родов. Стали использовать различные методики

медикаментозного ведения родов – с научной точки зрения «на благо женщины и плода».

Ничем не сдерживаемое научное «мужское» акушерство развернуло в родильных домах полномасштабную агрессию в отношении женской самостоятельности и интуитивного проживания процесса родов, и все это при поддержке государственных структур и средств массовой информации. Параллельно происходило разрушение института семьи. Деторождение объявлялось социальной функцией женщины [16].

В настоящее время происходит постепенное возрождение Повивального дела, люди стремятся вернуть этому интимному семейному процессу деторождения важнейшие аспекты – духовность и естественность. Для того чтобы у нас появилось новое, духовное и физически здоровое поколение людей, следует им дать возможность рождаться по собственному желанию.

Судопроизводственная практика привлечения медиков к расследованию и судебному разбирательству для разъяснения вопросов, требующих специальных медицинских познаний, возникла еще в древних государствах. Так, в Своде законов византийского императора Юстиниана (VI в.), впервые упоминается о привлечении врачей и повивальных (ПБ) в качестве сведущих лиц и об их роли в судебном процессе против беременных женщин, совершивших преступление. Основные положения римского права получили широкое распространение во многих государствах, особенно в Европе.

В известном под названием «Каролина» Уставе уголовного судопроизводства Карла V (1532 г.) были указаны многие судебные дела, в которых необходимо было участие врачей, хирургов и ПБ для решения медицинских вопросов о смертельности ран, по делам об абортах, тайных родах, детоубийстве, об отравлении и др.

В нашей стране, согласно древнейшим источника права, которые содержали нормы о брачно-семейных делах (прелюбодеяние, сводничество, изнасилование, кровосмешение, блуд и др.), были Церковные уставы князей Владимира Святославовича и Ярослава Владимировича. В уставах

отсутствовали указания, на основании каких данных делались заключения о совершении полового преступления. Возможно, что такой вывод основывался на показаниях свидетелей, которые видели происходящее или слышали крики о помощи. Не исключено, что к осмотру потерпевших привлекались ПБ, которые являлись «людьми церковными, богодетельными», и на них распространялась правовая сфера церковных судов по всем делам и вопросам.

В Соборном уложении 1649 г. содержался ряд статьей, которые предусматривали ответственность за греховно-преступные деяния. Так, статья 16, гл.22 Уложения гласила: «А будет кто умысля воровски, придет в чей дом и похочет того дому над госпожею какое дурно учинити или ея ис того дому похочет куды увести… казнити смертию».

Законодательные акты эпохи Петра I более подробно регламентировали деяния посягающих на половую неприкосновенность.

Воинский [5, 25] и Морской уставы [26] не только определяли наказание, но и давали подробное описание признаков, по которым можно было установить факт изнасилования. Освидетельствование являлось обязательным при совершении преступления, предусмотренного артикулом (статьей.-Н.Н.) 167 Воинского устава. В нем говорилось: «Ежели кто женский пол, старую или молодую, замужнюю или холостую, в неприятельской или дружеской земли изнасильничает, и освидетельствуется, и оному голову отсечь, или вечно на галеру послать, по силе дела».

«Кто честную жену, вдову или девицу тайно уведет и изнасильничает, а она вскоре или потом, хотя в том позволила, онаго казнить смертию, отсечь голову» (Артикул 168).

Помимо Воинского и Морского уставов, издавались отдельные указы, которые определяли наказание за половые преступления и детоубийство.

До середины XVIII в. освидетельствования производились главным образом ПБ, получившими специальную подготовку у опытных повитух. В сыскном приказе беременных женщин осматривали «колодничьи старостихи» [20, 21, 30].

В 1754 г. архиатр (главный врач.- Н.Н.) и руководитель Медицинской канцелярии П.З. Кондоиди в одном из пунктов проекта о «бабичьем деле» писал: «понеже в тайной канцелярии, в полиции и других судебных местах бывают содержащиеся брюхатые женщины, так же о насильствии девиц бывают осмотры и для других таковых потребностей…Надлежит в Москве и в Санкт-Петербурге содержать две бабки» [29, 30].

Наряду с организацией «бабичьих школ» была учреждена должность городовых акушерок в Москве и Санкт-Петербурге. При этом было указано, что они должны были приглашаться для освидетельствования в особо важных делах, когда ПБ не могут сами дать заключения.

Акушерки и ПБ не имели права отказаться от освидетельствования и должны являться по первому требованию судебных учреждений [19, 23, 30].

В 1757 г. Медицинской канцелярией были назначены по две городовые акушерки для судебных и следственных учреждений Москвы и Санкт-Петербурга, которые должны были помогать городовым акушеркам.

Судебные учреждения обращались к Медицинской коллегии с просьбой выделить акушерок для освидетельствования потерпевших и обвиняемых. На имя Кондоиди в 1765 г. поступило отношение из Санкт-Петербурга о том ,что: «пойманных в воровстве и разных дерзостей жен и девок, которые при расспросах и пытках объявляют себя беременными, стало быть пыток и наказаний им чинить нельзя, и держать их очень долго, не давая хода дела, и было, что избегая пыток и наказаний и чтоб протянуть время, объявляли себя беременными ложно» [29].

В случаях подозрения на детоубийство в 1785 г. был издан закон «об свидетельствовании служанок, подозреваемых в беременности, через ПБ и о непринуждении до воспоследования родов к тяжелой работе» [24]. Естественно, этот закон не имел никакой силы и значения. Сотни беременных женщин, по-прежнему, вынуждены были выполнять тяжелые работы.

С 1797 г. в Санкт-Петербурге и с 1801 г. в Москве «бабьичи школы» были преобразованы в повивальные институты. К началу XX в. существовали

три повивальных института (в Петербурге, Москве и Тифлисе), школы при акушерских клиниках университетов, при земских и городских больницах большинства губернских городов, а также при военных госпиталях.

Повитухами с древних времен на Руси называли женщин, не имевших никакого образования, но оказывавших помощь при родах. ПБ, получившие образование, именовались в XVIII в. «присяжными», а в конце XIX – начале XX в. – «привилегированными». Помощь при родах женщинам неимущих классов в городах и абсолютному большинству сельского населения оказывалась неграмотными «повитухами».

В Москве в 1799 г. на службе состояло 18 ПБ, в чьи обязанности входило освидетельствование женщин по уголовным делам. Результаты своих освидетельствований они доносили штадт-физику (городовой врач.-Н.Н.). Последний посылал акты в судебные учреждения, по запросу которых было проведено освидетельствование [19, 20, 23, 30].

Известно, что многие судебные медики занимали почетные места в истории развития отечественной медицины, судебной медицины и повивального искусства.

Е.О.Мухин (1766-1850) после 1812 г. был ординарным членом ученого Геттигенского общества повивального искусства.

С.А.Громов (1774-1856) с 1806 г. руководил кафедрой повивального искусства и судебной медицины в Медико-хирургической академии в Петербурге.

В 1823 г. С.Ф.Хотовицкий (1796-1885) был назначен адъюнкт-профессором на кафедру судебной медицины, повивального искусства и медицинской полиции, которой руководил С.А.Громов.

Начало формирования придворной медицинской службы относится к середине XVI в., а уже в XVII в. имеется целый штат врачей, который обслуживали медицинские потребности царской семьи. В первой четверти XVIII в. эти медики приобретают статус «лейб-медиков».

В связи с разрастанием придворных медицинских служб в декабре 1801 г. была предпринята первая попытка регламентации их деятельности. Был составлен штат медицинских чинов, состоящих при Высочайшем дворе. По штату предполагалось 33 медика, при этом основные роли играли 4 лейб-медика и 4 лейб-хирурга. Кроме того, в штате состояли 1 акушер, 1 зубной лекарь и 1 его помощник, 3 придворных доктора, 6 гоф-хирургов, 3 штаб-лекаря, 8 лекарских помощников, 1 ПБ и её 1 помощница [17]. В 1843 г. было издано новое «Положение о Придворной медицинской части», в котором указывалось гоф-акушеру контролировать акушерскую помощь в Петербурге и оказывать помощь ПБ, если её знания оказывались недостаточными. При этом назначались: 1 лейб-окулист, 1 дантист, 4 ПБ, 18 лекарских помощников [17].

Изучение материалов Государственного архива Иркутской области (ГАИО) показало, что восстановить детально и в полном объеме историю становления и развития «бабичьего дела» в Иркутской губернии невозможно.

Это связано с тем, что в 1879 г. в Иркутске произошли грандиозные и опустошительные пожары, которые уничтожили наряду с другими архивами губернских учреждений и многие документы Врачебной управы.

И всё-таки мы попытались, по возможности, проследить жизненный и профессиональный путь некоторых забытых или полузабытых ПБ, которые после окончания полного курса обучения повивальному искусству при родовспомогательных заведениях Петербургского Воспитательного дома, при Московской и Петербургской медико-хирургических академиях, при повивальных институтах в Москве и Петербурге, нашли своё призвание в служении людям, поехали в Сибирь, и, несмотря на все тяготы жизни, занимались сложной повседневной работой, выполняя свой профессиональный долг, помогая городовым, окружным и сельским врачам.

Нами были изучены материалы ГАИО следующих фондов - №32 и №42 «О повивальных бабках» (1858-1899 гг.) [6-14].

В 1863 г. в Иркутской губернии было организовано Общество врачей Восточной Сибири. Следует учесть, что Сибирь в то время была наиболее

отсталой окраиной России, и поэтому организация общества в более ранний период, по сравнению с другими городами центральной России, являлась событием, которое трудно переоценить.

До 1865 г. в губернии население было почти совершенно лишено медицинской помощи. В связи с этим Общество врачей приняло самое активное участие в организации сельской медицины. С 1865 г. в 5 округах губернии вводились в штаты по 1 окружному врачу, 2 лекарских ученика и 1 ПБ. Последняя, кроме своих прямых обязанностей, привлекалась для судебно-медицинского освидетельствования женщин.

Акушерская помощь в сельской местности вовсе отсутствовала. В деревнях «помощь» в родах оказывали неграмотные повитухи, которые приносили роженицам и родильницам громадный вред.

Из содержания ст.350 Устава уголовного судопроизводства от 20 ноября 1864 г. следует, что ПБ не приглашаются для самостоятельного судебно-медицинского освидетельствования женщин, но могут быть призваны в качестве помощниц судебного врача [15].

В обязанности Врачебной управы, а впоследствии Врачебного отделения (ВО) Иркутской губернии, входила подготовка фельдшеров, лекарских учеников и ПБ. Поэтому ВО осуществляло надзор и контроль за их деятельностью. В одном из архивных документов содержится список 54 ПБ, которые выслушали и получили правила Медицинского совета по уходу за беременными, роженицами и родильницами, утвержденными Медицинским Департаментом МВД от 4 мая 1887 г.

В другом документе инспектор ВО Н.Е.Маковецкий в 1891 г. сообщает в Полицейское управление, что ПБ Ружицкая Н. занимается вольной акушерской практикой, между тем как диплома на звание ПБ в ВО не предъявляла. Поэтому ВО просит её явиться, предоставить документы и записаться в явочную книгу.

Согласно Циркулярному письму от 16 января 1891 г. за №125 городовые, окружные и вольнопрактикующие ПБ Иркутской губернии обязаны каждый месяц подавать рапорт в ВО о числе принятых живо- и мертворожденных

младенцев с указанием пола и сообщать о случаях, заслуживающих особого внимания.

Инспектор ВО Маковецкий обращается к Балаганской окружной младшей ПБ Степановой А.К., которая проработала более 35 лет: «Врачебное отделение предлагает Вам, «Милостивая Государыня», донести следующее отношение – желаете ли Вы занять вакантную должность Иркутской окружной старшей ПБ». На что она охотно соглашается в своем заявлении от 1891 г. В 1898 г. ПБ Степанова ходатайствует об увольнении и назначении ей пенсии, в связи с чем Медицинский Департамент МВД за безукоризненный и полезный труд назначает ей усиленную пенсию в размере 300 рублей в год.

О своей деятельности ПБ должны были предоставлять отчеты в ВО. Мы приводим один из отчетов Киренской окружной ПБ Овчинниковой А. от 28 марта и 25 февраля 1888 г. «В марте месяце принято 3 новорожденных младенца: 1. У жены государственного преступника 22 лет, 1-е роды, мальчик, положение лицевое, продолжительность родов 15 часов, исход благополучный; 2. У жены Киренского мещанина 25 лет, 3-е роды, 4-х месячный, недоношенный, который весь вышел кусками и, наконец, головка, роды продолжались 22 часа, исход благополучный; 3. У государственной преступницы 26 лет, 2-е роды, девочка, положение при родах теменное, продолжительность родов 6 часов, исход благополучный. В феврале месяце родов не было, один раз была приглашена вольнопрактикующим фельдшером в Киренск 21 февраля к мещанской жене, у которой 20 февраля приняла младенца повитуха. У роженицы сделалось воспаление внутренних органов, при которой я находилась 9 дней и вследствие принятых мною «меров» никаких дальнейших худых последствий с нею не произошло. 1 января роды окончились у жены учителя Киренского училища, роженицы 28 лет, роды 5-е, мальчик, положение теменное, продолжительность родов 12 часов, исход благополучный».

Инспектор ВО Маковецкий сообщает в Полицейское управление о том, что жена межевого чиновника Вдовина А.В. беспрепятственно занимается

акушерской практикой, между тем как она не имеет звания ПБ. ВО просит Полицейское управление отобрать подписку от неё в том, что она впредь не будет заниматься акушерской практикой и предупредить её, что за нарушение она будет подвергнута ответственности по всей строгости закона. Подписку препроводить в ВО (1890 г.).

В одном из архивных материалов приводятся сведения о ПБ Мацкевич А.В.. После окончания с отличием полного курса повивального института в Петербурге в 1872 г. и получения звания сестры милосердия в Тифлисе в 1877 г. она участвовала в Русско-турецкой войне (1877-78 гг.). За безупречную и усердную службу была награждена Бронзовой медалью и удостоена знаком «Красный Крест». С 1881 по 1888 гг. выполняла обязанности ПБ в Киренском и Верхоленском округах.

Кроме своих прямых профессиональных обязанностей ПБ эпизодически выполняли фельдшерские, «лекарские» функции, обязанности сестер милосердия, неоднократно участвовали в судебно-медицинских освидетельствованиях (чаще всего по поводу половых преступлений), помогая городовым, окружным и сельским врачам, о чем неоднократно они сообщали в ВО.

Многие ПБ оставили о себе добрую память, свой дар милосердия они посвятили людям. Архивными данными подтверждено, что свои профессиональные обязанности в Иркутске выполняли следующие практикующие ПБ – Е.М. Соколова (штатная городовая акушерка), П.Н. Асокина (сверхштатная), А.Н. Тимашева (начальница Базановского воспитательного дома), М.М. Дубровина (при тюремной больнице), В.М. Корюхова (при гражданской больнице), З.С. Сорокина, Е. Вышинская, В.А. Серебренникова, М. Сабурова, О. Черниговская, Л.В. Цитович, А.Е. Попова, М. Фридерикс.

Вольнопрактикующими ПБ в Иркутске считались – М.М. Пахорукова, З.С. Сорокина, В.А. Серебренникова, М.М. Круглихина, А.А. Янковская, А.Е.

Попова, М. Бейленсон, Е. Вышинская, О. Лобанова, Л.В. Цитович, А.Н. Тимашева.

В течение многих лет окружными и сельскими ПБ работали – в Балаганском и Иркутском округах А.К. Степанова, в Балаганском и Киренском – И.В. Черепанова, в Балаганском и Нижнеудинском – Л.А .Окулова, в Верхоленском – М.В. Кирилова, Е.М. Черниговская, в Нижнеудинском – Н.Кармалина, в Верхоленском, Киренском, Балаганском – А.В. Мацкевич, в Киренском – А. Овчинникова, в Иркутском – М. Фриндер.

3 октября 1893 г. в Иркутске была открыта Женская фельдшерская школа, полный курс обучения в которой был трехлетним. Учащиеся, которые оканчивали школу, получали квалификацию ПБ 1 и 2 разряда и обязаны были прослужить по «сельско-врачебной части» в Восточной Сибири [28].

Таким образом, прослеживая тернистый путь становления и развития профессиональной медицинской деятельности ПБ в историческом аспекте в России и Иркутской губернии, следует констатировать, что она на протяжении многих веков выполняла важную социальную и правовую роль. Кроме своих прямых обязанностей, ПБ оказывала посильную помощь городовым, окружным и сельским врачам при судебно-медицинском исследовании трупов, обследовании подозреваемых, обвиняемых, потерпевших, в том числе и беременных женщин, совершивших преступления.

ЛИТЕРАТУРА:

1. БМЭ.-М. : 1974.-Т.1.-С.194-195
2. БМЭ.-М. : 1983.-Т.20.-С.32
3. БМЭ.-М. : 1974.-Т.1.-С.327-328.
4. БМЭ.-М. : 1986.-Т.28.-С.316-317.
5. Воинские артикулы Петра I 1.-М.,1960.-50с.
6. ГАИО.Ф.32.Оп.9.Д.76.Л.1-68.
7. ГАИО.Ф.32.Оп.9.Д.96.Л.1-36.
8. ГАИО.Ф.32.Оп.9.Д.106.Л.1-9.

9. ГАИО.Ф.32.Оп.9.Д.112.Л.1-106.

10. ГАИО.Ф.32.Оп.9.Д.255.Л.1-23.

11. ГАИО.Ф.32.Оп.9.Д.279.Л.1-46.

12. ГАИО.Ф.32.Оп.9.Д.728.Л.1-55.

13. ГАИО.Ф.32.Оп.1.Д.1618.Л.1-150.

14. ГАИО.Ф.43.Оп.2.Д.24.Л.1-6.

15. Гофман Э. Руководство по судебной медицине. - С.-Петербург, 1887.-804 с.

16. Мартынова И. А. Родиться по собственному желанию. Летопись повивального дела. - СПб:РХГА,2011.-440 с.

17. Медицина и императорская власть в России. Здоровье императорской семьи и медицинское обеспечение первых лиц в XIX- начале XX века.-М.:Медиа Пресс, 2008.-440 с.

18. Неделько Н. Ф. Некоторые исторические аспекты становления и развития судебно-медицинской службы в Иркутской губернии// Сибирский медицинский журнал (Иркутск) .- 2014. - №2. - С.107 - 117.

19. Панов И. Е. Отечественная судебная медицина с древности до наших дней.-М.:Книжный клуб Книговек,2011.-288 с.

20. Пашков К. А. ,Ромодановский П. О., Пашинян Г. А. и др. Судебная стоматология. История развития.-М. :МГМСУ .-Изд.:ЗАО ХПИ «Эслан» .-2009.-200 с.

21. Пашинян Г.А., Баринов Е.Х. Освидетельствование живых лиц в Москве в XVI-XVII веках // Медико-криминалистические исследования в экспертной практике.-Киров.-1998 .-С.19-23.

22. Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Фадеев С.П. и др. Очерки истории судебной медицины в России /XVI-XIXвв. /.-М. , 1999.-103 с.

23. ПСЗРИ.-Т .XIV.-№10214.

24. ПСЗРИ.-Т .XXII.-№16178.

25. ПСЗРИ.-Т .V.-№3006.

26. ПСЗРИ.-Т .VI.-№3485.

27. Судебная медицина: Руководство для врачей / Под ред. А.А.Матышева. –СПб.: Гиппократ, 1998.-544 с.

28. Чернигов А.К. Иркутские повествования.1661-1917 годы .- Иркутск: «Оттиск» , 2012.-Т.2.-432 с.

29. Чистович Я.А. Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия.- СПб. , 1870.-С.139;С . 172.

30. Шершавкин С.В. История отечественной судебной-медицинской службы.-Изд-во «Медицина» , - М. ,1968.-183 с.

С.В.Раснюк

ОТНОСИТЕЛЬНОЕ ОСТАНАВЛИВАЮЩЕЕ ДЙСТВИЕ НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНЫХ ВИДОВ ТРАВМАТИЧЕСКОГО (НЕЛЕТАЛЬНОГО) ОРУЖИЯ МР-80-13Т, «ИЖ-79-9Т» и ПБ-4 «ОСА»

ГБУЗ МО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г.Москва

Травматическое (нелетальное) оружие в последнее время получило широкое распространение. По данным REGNUM, приведенным в 2013 г., на территории России действовали лицензии на почти 6,5 млн. единиц (6 490 600) гражданского оружия. По данным Министерства внутренних дел РФ, более 1,4 миллиона единиц оружия - гражданское огнестрельное бесствольное и газовое оружие, в том числе более 730 тысяч - огнестрельное оружие ограниченного поражения. При этом, число единиц приобретаемого оружия неуклонно растет [1].

По данным Life число разрешений, выданных на хранение оружия ограниченного действия значительно выше (рис.1) [2].

Рисунок 1. Число разрешений на хранение оружия, выданных гражданам РФ (по данным Life).

С учетом относительно простой процедуры получения разрешения на приобретение травматического оружия и распространенности случаев как правомерного, так и неправомерного применения данных средств самозащиты, в судебно-медицинской практике наблюдается постоянный рост случаев производства экспертиз причинений вреда здоровью различной степени тяжести, вплоть до летальных исходов вследствие применения травматического оружия [1].

По данным издательства Life, количество преступлений, совершенных с применением нелетального оружия имеет тенденцию к неуклонному росту (рис.2) [1].

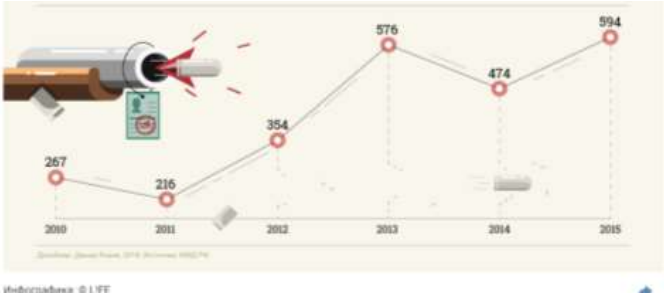


Рисунок 2. Количество преступлений, совершенных с применением зарегистрированного оружия (по данным Life).

Под несмертельным (нелетальным) оружием, «предназначенным для воздействия на людей, понимают оружие, принцип действия которого основан на временном (от несколько секунд до часов) лишении противника боеспособности без серьезных остаточных патологических изменений в организме пострадавшего. Лишение боеспособности означает создание условий для невозможности самостоятельно выполнять координированные во времени и пространстве действия» [3].

К оружию нелетального (несмертельного) действия относится оружие, которое имеет возможность производить выстрелы патроном травматического действия, снаряженным эластичным снарядом с относительно низкой кинетической энергией. Объектом воздействия данного оружия является человек, видом воздействия - кинетическая энергия эластического снаряда.

На отечественном рынке в настоящее время большое количество самых разнообразных видов травматического оружия. В рамках исследования нами проведена сравнительная оценка наиболее популярных и распространенных видов травматического оружия

Расчёт останавливающего действия пули предложен французом Жоссераном. Величина останавливающего действия рассчитывалась произведением двух величин: площади поперечного сечения снаряда и кинетической энергии [4]. В 1935 году, американский оружейный эксперт J.S. Hatcher предложил термин «Относительное останавливающее действие пули» и формулу его расчета:

ООД = 0,178 x G x V x F x S

где:

G - масса пули (г);

V - скорость пули в момент встречи с целью (м/сек);

F - поперечная площадь пули (см2);

S - коэффициент формы пули, колеблющийся в пределах от 0,9 для цельно оболочечных до 1,25 для экспансивных пуль. Коэффициент S учитывал форму головной части пули [5].

Для травматического снаряда к патрону 9 мм Р.А. (к пистолету «ИЖ-79-9Т») поперечная нагрузка составила: вес (по Э.Х Мусину [6]) 0,73 г, площадь поперечного сечения (без учета деформации при контакте с мишенью) 3,14·9/4=7,065 см2. 0,73/7,065= 0,103

Для травматического снаряда к патрону 0,45 Rubber (к пистолету «МР-80-13Т») поперечная нагрузка травматического снаряда составила: вес 1,45г, площадь поперечного сечения (без учета деформации при контакте с мишенью) 3,14·11,4/4=8,973 см2. 1,45/8,973= 0,162

Для травматического снаряда к патрону травматического бесствольного пистолета ПБ-4 «ОСА»: вес 14г, наружный диаметр резиновой пули составляет 15,3 мм. Площадь поперечного сечения (без учета деформации при контакте с мишенью) 3,14·15,3/4=12,01 см^2.

Относительное останавливающее действие травматического снаряда рассчитывалось по формуле Хатчера (J.S. Hatcher):

- для патрона 9 мм Р.А. оно составило:

ООД = 0,178 х 0,73 х 282 х 7,065 х 0,9 =232,99

- для патрона 0,45 Rubber оно составило:

ООД = 0,178 х 1,45 х 362 х 8,973 х 0,9 =754,53

- для патрона травматического бесствольного пистолета ПБ-4 «ОСА» оно составило:

ООД = 0,178 х 14 х 120 х12,01 х 0,9 = 3232,323

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, относительное останавливающее действие травматического снаряда, выстрелянного из пистолета МР-80-13Т, снаряженного патроном 0,45 Rubber превышает действие снаряда к патрону 9 мм Р.А. более чем в 3,2 раза. Относительное останавливающее действие травматического снаряда, выстрелянного из пистолета бесствольного пистолета ПБ-4 « ОСА» превышает действие снаряда к патрону 9 мм Р.А. более чем в 10 раз, а к МР-80-13Т, снаряженному патроном 0,45 Rubber более чем в 4 раза.

2. Указанные характеристики позволяют по прежнему считать ПБ-4 «ОСА» безусловным лидером по останавливающему действию среди гражданского оружия самообороны разрешенного в России. Кроме того благодаря большей массе, пуля ПБ-4 «ОСА», гораздо медленнее теряет энергию в полете на дистанции самообороны (до 3 метров).

ЛИТЕРАТУРА:

1.https://life.ru/t/%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5/895485/rossiianie_vsio_chashchie_puskaiut_v_khod_oruzhiie [Электронный ресурс].

2. http://regnum.ru/news/1695455.html [Электронный ресурс].

3. Корецкий, Д.А. Электрошоковое оружие: учеб. пособие для слушателей и курсантов высш.и сред. проф. образования / Д.А. Корецкий, С.Л. Кулаков, М.В. Сильнов; под. общ. ред. В.П. Сальникова и М.В. Сильникова. – СПб.:Университет, 2001. – 346 с.

4. Полозов, В.П. Оружие в гражданском обществе / В.П. Полозов. – М.: Крафт +, 2004 . – 224 с.

5. Julian, S. Hatcher. Glenn P. Wilhelm and Harry J. Malony, Machine Guns, Menasha, Wisc. / Julian S. Hatcher, Glenn P. – George Banta Pub. Co., 1917. – 230 с.

6. Мусин, Э.Х. Судебно-медицинская характеристика повреждений из газового оружия эластичными снарядами травматического действия (экспериментальное исследование): дис. … канд. мед. наук : 14.00.24 / Мусин Эльдар Хасенович.– М., 2006. – 188 с.

[1] О.Л. Романова, [1] Д.В. Сундуков, [1,2] А.М. Голубев.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕИЙ В ПОЧКАХ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КЛОЗАПИНОМ.

1. ***ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва;***
2. ***ФГБНУ «Федеральныйнаучно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии».***

Клозапин относится к «атипичным нейролептикам» и успешно применяется для лечения психических заболеваний [1,2].

По данным Т.В. Ермохиной (2005), ежегодно курс лечения этим препаратом проходят около 1 миллиона пациентов более, чем в 60 странах мира [3], что определяет высокий риск отравления данным препаратом. Этому способствует также наличие узкого диапазона между терапевтическими (высшая суточная доза - 0,9 г) и токсическими дозами клозапина (смертельная доза для взрослых – 2 г.) [1; 4-5].

В то же время, количество правильно диагностированных отравлений невелико. По данным Д.Г. Слюндина и соавторов в 2007 г. процент пациентов с правильно поставленным диагнозом в ГКБ№33 им. проф. А.А Остроумова составил 1,76%. По данным Д.Г.(Слюндина 2007) в большинстве случаев пострадавшие от криминальных отравлений клозапином – мужчины трудоспособного возраста [6-7].

В клинической картине острых отравлений клозапином основное место занимают синдромы психоневрологических расстройств, нарушения дыхания и сердечно- сосудистой системы [22; 61].

По данным литературы, метаболиты клозапина выводятся почками. В то же время, гистоморфологические изменения в почках при отравлении клозапином изучены недостаточно.

Цель исследования: оценить гистоморфологические изменения в почках при острых отравлениях клозапином через 3 часа после введения препарата.

Материалы и методы:

Эксперименты проводились на 10 беспородных крысах-самцах возраста 20 нед. массой 290-350 гр. Животные были разделены на 2 группы:

1) контроль (интактные крысы);

2) клозапин, 3 часа после введения препарата;

Клозапин вводили перорально в дозе 150 миллиграмм на килограмм массы животного под общим наркозом.

Результаты:

Через 3 часа после изолированного введения клозапина в клубочках почек отмечается небольшое расширение просвета капсул. В части эпителиальных клеток извитых канальцев ядра не окрашены. В цитоплазме видны мелкие вакуоли. Наблюдается венозное полнокровие. Канальцы мозгового слоя умерено расширены. Ядра эпителиальных клеток канальцев мозгового слоя нормохромные. Встречаются клетки с гиперхромными и гипохромными ядрами. Клетки эпителия извитых канальцев набухшие, просветы закрыты. В корковом слое имеются небольшие кровоизлияния. Наблюдается наличие белка в канальцах.

Через 3 часа после изолированного введения клозапина достоверно (при сравнении с контрольной группой методом Фишера) отмечали следующие гистологические изменения:

- Расширение просвета капсул в клубочках почек;
- Венозное полнокровие;
- Наличие белка в канальцах.

Выводы:

Гистоморфологические изменения в почках вместе с гистоморфологическими изменениями в других органах и последующим судебно-химическим анализом позволяют установить факт отравления клозапином.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Видаль. Справочник. Лекарственные препараты в России. Издание 9 М.: АстраФармСервис., 2003. - С. 6, 569.
2. Машковский, М.Д. Лекарственные средства. 16-е изд., перераб., испр. и доп. - М. : Новая Волна; Издатель Умеренов, 2010. - 1216 с.
3. Ермохина, Т. В. Острые отравления азалептином (диагностика, клиника, лечение) : автореф. дис. … канд. мед. наук / Т. В. Ермохина. — М., 2004. — 24 с.
4. Соколова, О. И. Обнаружение азалептина при судебно-химическом исследовании трупного материала / О. И. Соколова, Т. Л. Малкова, Н. И. Нево- лин // Судебно-медицинская экспертиза. — 2007. — № 2. — С. 35–38.
5. Govard D.M. General pharmacology of clozapine // Br. J. Psychiatry Suupl. - 1992.-N 17.-P. 5-11
6. Слюндин, Д.Г. Криминальные отравления азалептином/ Слюндин, Д.Г., Ливанов А.С.., Анучин В.В., Бобринская И.Г.// Анестезиология и реаниматология - 2007. - №4 - с. 61-63
7. Слюндин, Д. Г. Криминальные отравления клозапином / Д. Г. Слюндин, А. С. Ливанов, А. Ю. Баландин // Научные материалы Между- народного форума «Неотложная медицина в мегаполисе», 13—14 апреля 2004 г. — М. : ДЗ г. Москвы, ИнфоМедФарм Диалог, 2004. — С. 150–151.
8. Ермохина, Т.В. Острые отравления азалептином (диагностика, клиника, лечение): дис... канд. фарм. наук: 14.00.20 / Ермохина Татьяна Викторовна. М., 2004
9. Сапожникова, М. А. Морфогенез острой дыхательной недостаточ- ности различной этиологии / М. А. Сапожникова, М. В. Баринова // Архив патологии. — 1982. — Т. 44, № 8. — С. 47–55.

А. В. Смирнов, Д.В. Сундуков

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕТГЕНОСТРУКТУРЫ КЛЮЧИЦ ЧЕЛОВЕКА

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

На основании изучения рентгенограмм грудной клетки (200 снимков в передне-задней проекции от лиц 18-80 лет, наблюдавшихся в лечебных учреждения Подмосковья в 2015-2017 годах), выполнен анализ рентгеноструктурных особенностей ключиц в полученной выборке. Обнаруженные качественные изменения их можно представить в виде последовательно сменяющих друг друга восьми фаз, дающих возможность высказать предположение о возрастной принадлежности индивида, чьи скелетные останки или рентгеновские снимки представлены на экспертизу.

Основными диагностическими рентгенологическими признаками, имеющих решающее значение при определении возрастной принадлежности являются: 1) состояние кортикальных слоев в нижнем (заднем) и верхнем (переднем) отделах кости; 2) характер трабекуляризации в зоне кортикальных слоев; 3) состояние костномозгового канала и характер трабекуляризации в его зоне.

Результаты проведенного статистической обработки результатов свидетельствуют о наличии идентификационной значимости метода: рассчитанные коэффициенты корреляции между возрастной детерминантой и выделенными фазами возрастных изменений составляют 0,652 ($p<0,001$) в мужской выборке и 0, 615 ($p<0,001$) в женской, что соотносится с предыдущими исследованиями в этой области [1]. Границы возрастных периодов, а также дефиниции для характеристики фаз, предлагаемые в указанной работе, были уточнены на основании собственного исследования. Морфологическая характеристика фаз, оцениваемых на рентгенограммах, заключается в следующем.

Фаза 1 (наблюдается в возрасте 19-25 лет) характеризуется наличием хорошо выраженной, «толстой» тени кортикального слоя в нижнем отделе кости. В полости костномозгового канала заметны плотные трабекулы губчатого вещества, расположенные слоями параллельно друг другу в виде пластин. Кортикальный слой в верхней части ключицы выражен достаточно хорошо, крупнозернистый, но чаще всего не дает такой интенсивной тени, как в нижней части кости. Оба метафиза имеют хорошо выраженные костные трабекулы зернистого рисунка.

Фаза 2 (25-30 лет): в основном отличий от фазы 1 не наблюдается, за исключением метафизарных областей кости, где происходит незначительное снижение плотности рисунка виде зон диффузного просветления (чаще отмечается в области грудинного метафиза). Выраженность кортикального слоя по нижнему контуру кости остается прежним, по верхнему – может отмечаться незначительное усиление трабекулярного рисунка. По сравнению с Фазой 1, костномозговые трабекулы прослеживаются отчетливее и имеют несколько более грубый рисунок.

В Фазе 3 (30-35 лет) отмечается дальнейшее снижение плотности рентгеновского рисунка в метафизарных зонах; немногочисленные костные трабекулы, видимые в этих зонах, имеют умеренную зернистость. Отмечается легкое снижение плотности рентгенологической тени кортикального слоя в нижнем отделе кости. Костные трабекулы в зоне костномозгового канала теряют прежнюю пластинчатую структуру и параллельную относительно друг друга ориентацию, их тени становятся менее насыщенными.

Фаза 4 (35-40 лет): происходит заметное снижение плотности рентгенологической тени кортикального слоя в нижнем отделе кости, особенно в области обоих эпифизов. Метафизарные зоны содержат обширные участки просветления с усиленным трабекулярным рисунком. Структура костных трабекул в зоне костномозгового канала ключицы полностью или почти полностью теряет прежний пластинчатый характер.

В Фазе 5 (40-45 лет) происходит выраженное уменьшение толщины кортикального слоя в нижнем отделе кости (особенно, в области грудинного и плечевого концов), а также значительное уменьшение толщины кортикального слоя в верхнем отделе с усилением трабекулярного рисунка. Площадь рентгенологического просветления в зоне костномозгового канала увеличена, костные трабекулы здесь утолщены.

Фаза 6 (45-50 лет) – усиление тенденций, отмеченных для фазы 5. Общее повышение рентгенопрозрачности как проявление системного остеопороза.

Фаза 7 (50-55 лет) – характеризуется значительным усилением («огрублением») рисунка костных трабекул на протяжении практически всей кости. Отмечаются выраженные проявления остеопороза в виде снижения толщины кортикального слоя во всех отделах кости, но в то же время без нарушения структуры костномозговой полости.

Фаза 8 (55 –60+ лет) – выраженное снижение толщины кортикального слоя во всех отделах кости, костные трабекулы могут полностью отсутствовать, особенно в метафизарных зонах. Выраженное усиление трабекулярного рисунка на протяжении верхнего кортикального слоя. Рентгенологические тени кортикальных слов внутри кости вдоль костномозгового канала неровные.

Указанные особенности возрастных изменений рентгеноструктуры ключиц могут быть использованы в комплексной оценке возраста по этой кости, наряду с состоянием поверхности грудинного суставного конца по системе Falys [2], а также показателем кортикального индекса [3].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Walker R.A., Lovejoy C.O. Radiographic changes in the clavicle and proximal femur and their use in the determination of skeletal age at death // Am J Phys Anthropol. 1985 Sep; 68(1):67-78

2. Falys G.C., Prangle D. Estimating age of mature adults from the degeneration of the sternal end of the clavicle // American Journal of Physical Anthropology, 2015. Vol. 156, Issue 2, P. 203–214

3. H Kaur; I Jit Age estimation from cortical index of the human clavicle in northwest Indians // Am. J. Phys. Anthropol. 1990 Nov; 83:297-305.

С.А.Степанов

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОКРОЙ ТКАНИ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва

Огнестрельные повреждения возникают при воздействии на мишень основного и дополнительного факторов выстрела [7, 10, 12, 19.]. Основным фактором выстрела является огнестрельный снаряд и его фрагменты, а дополнительными факторами выстрела являются пороховые газы, копоть, предпулевой воздух, несгоревшие или частично сгоревшие порошинки [9, 16, 18, 20.]. Каждый из выше указанных факторов на мишени оказывает специфическое воздействие, что находит свое отражении в морфологии повреждения и распределения продуктов выстрела [1, 5, 6, 15, 17]. В настоящее время морфология огнестрельных повреждений и распределения продуктов выстрела на небиологической мишени достаточно хорошо освещены в многочисленных работах [2, 3, 4, 8]. Но все авторы, которые выполняли данные работы, приходили к выводу, что воздействие факторов окружающей среды приведет к изменению распределения продуктов выстрела на мишени и данный вопрос нуждается в дополнительном исследовании [10.]. Также авторы не исключают, что изменится и морфология огнестрельного повреждения, что тоже нуждается в дополнительном исследовании [10, 12].

Влияние различных метеорологических факторов внешней среды было изучено и указано, что происходит изменение распределения продуктов выстрела и дано объяснение данным изменениям, но не была изучена в полном объеме морфологическая картина повреждения мишени [11]. Также не было дано объяснения механизму изменения топографии отложения факторов выстрела. В ранее указанной работе автором решался вопрос о дистанции произведенного выстрела, но не было обращено внимание на возможность установления очередности произведенных выстрелов. В настоящее время используются ряд критериев и признаков для установления очередности выстрела. Данная работа подтвердила, что изменение физического состояния мишени, приведет к изменению морфологии повреждения [11, 13, 14].

Целью настоящего исследования стало выявление характерных морфологических признаков повреждений, указывающих на факт того, что выстрел был произведен в мокрую мишень.

В рамках исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить закономерности формирования огнестрельных повреждений на мокрой ткани мишени и мокром кожном покрове под воздействием основного повреждающего фактора выстрела.
2. Выявить закономерности отложения дополнительных факторов выстрела на мокрой ткани мишени.
3. Установить механизмы воздействия факторов выстрела на мокрой ткани.
4. Определить критерии, позволяющие проводить дифференциальную диагностику повреждений, сформированных при выстрелах в сухую и мокрую ткань.

Материалы и методы.

Огнестрельное оружие: пистолет Glock 17, пистолет Ярыгина, патроны 9х19 Parabellum. Травматический пистолет Гроза 021 и патроны к нему.

Микроскоп Leica M600, фотокамера Nikon D90, объективы Nikkor AFS 3,5-5,6 35-108mm G и Nikkor 60 mm f/2.8D AF Micro, Спектроскан MAKS

GF2E, Излучатель ИК света Рельеф 1346, пулеуловитель Bullet Catcher PU-1Mu. Набор реактивов для контактно-диффузионного метода исследования (12% раствор аммиака, насыщенный спиртовой раствор рубеановодородной кислоты, 2% раствор серной кислоты, 0,5% раствор фенилфлуорона в этиловом спирте, бумага фотографическая черно-белая Унибром 160 ПЭ полукартон, гладкая матовая нормальная). Для пробы на порох использовался 8% раствор дифениламина в концентрированной серной кислоте. В роли следовоспринимающего объекта использовалась хлопчатобумажная ткань.

Сравнительный анализ и синтез данных по изучению судебно-медицинской экспертной документации, макро - и микро-морфологические методы исследования экспериментальных повреждений (стереомикроскопический, измерительный, фотографический, др.), математико-статистическая обработка полученных результатов.

В ходе решения поставленных задач планируется:

– выявить критерии, позволяющие проводить дифференциальную диагностику повреждений сухой и смоченной ткани, причиненных огнестрельным оружием;

– в качестве практических рекомендаций для судебно-медицинских экспертов разработать алгоритм установления состояния ткани на момент повреждения огнестрельным оружием.

Выводы: Данное исследование поможет судебно-медицинскому эксперту более точно ответить на поставленные следователем вопросы, что повысит качество проводимых судебно-медицинских экспертиз, а также позволит проводить дифференциальную диагностику указанных повреждений ткани, при условии наличия различных физических свойств данных материалов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мусин Э.Х., Лепик Д., Вяли М. Судебно-медицинская характеристика огнестрельных повреждений при выстрелах из пистолета Glock 19 // Судебно-медицинская экспертиза. - 2006. - № 1. - С. 11-13

2. Гаджиева Д.Б., Гужеедов В.Н., Гусейнова О.А. Особенности огнестрельных повреждений, возникающих при выстрелах с близкой дистанции из некоторых образцов оружия специального назначения // Судебно-медицинская экспертиза. - 2009. - № 6. - С. 54-56

3. Леонов С.В., Степанов С.А. Влияние внешних факторов окружающей среды (дождя) на дополнительные факторы выстрела // Судебно-медицинская экспертиза. - 2016. - № 6. - С. 31-33

4. Мережко Г.В. Пулевая огнестрельная рана. Морфологические критерии оценки // Военная медицина. -2012. - №1 - С. 142-146

5. Атлас по судебной медицине/Под ред. Член-корр. РАМН Ю.П. Пиголкина. -М.: ГЭОТАР -Медиа, 2010. -376с.: ил.

6. Саркисян Б.А., Карпов Д.А., Мисников П.В. Судебно-медицинская характеристика повреждений на преграде из текстильного материала с твердой подложкой, причиненных выстрелами из комплекса «ОСА» ПБ-4-2 // Медицинская экспертиза и право. -2013. - №2 - С. 21-24

7. Макаров И.Ю. Судебно-медицинская экспертиза огнестрельной травмы : Метод. рек. - Москва, 2011. - 34 с.

8. Дебой Н.Н., Малыхин А.В., Уласов А.В. К определению дистанции выстрела из огнестрельного оружия ограниченного поражения // Проблемы экспертизы в медицине. -2014. - №4 - С. 22-24

9. Витер В.И., Прошутин В.Л., Вавилов А.Ю. Судебно-медицинская экспертиза огнестрельной травмы : Метод. рек. - Ижевск, 2009. - 48 с.

10. Попов В.Л., Шигеев В.Б., Кузнецов Л.Е. Судебно-медицинская баллистика. – СПб.: Гиппократ, 2002. - 656 с.

11. Определение расстояния выстрела: Метод. рек.; Под ред. Нусбаум В.И., Сонис М.А. - Москва, 1995. - 153 с.

12. Кустанович С.Д. Судебная баллистика. - М. Госюриздат, 1956. - 408 с.

13. Саркисян Б.А., Колесников А.О. Особенности отложения копоти и формирование повреждений на тканевых мишенях при выстрелах

многокомпонентным травматическим пулевым зарядом 12´го калибра // Медицинская Экспертиза и Право. -2015. - №3 - С. 14-17

14. Установление дистанции выстрела с учетом влияния некоторых метеорологических условий /Лазари А.С., Сонис М.А., Аверьянова Т.В. [и др.] // Экспертная техника. -1988. - №100 - С. 54-78

15. Попов В.Л., Исаков В.Д. Судебно-медицинская характеристика отложений дополнительных факторов выстрела // Судеб.- мед. экспертиза. 1986.- № 4.- С. 23-29

16. Brown H. Image analysis of gunshot residue on entry wounds / H. Brown, D. Cauchi, J. Holden // Forensic Science International. - 1999. - Vol. 100, № 3. – P. 163-186.

17. Missliwetz L. Shots fired with silencers – a report on four cases and experimental testing / L. Missliwetz, W. Denk, I. Wieser // Forensic Sci. – 1991. – Vol. 36. – P. 1387-1394.

18. Jentzen J. Tandem bullet versus multiple gunshot wounds / J. Jentzen, M. Lutz, R. Templin // Forensic Sci. - 1995. - Vol. 40. - P. 893-895.

19. Barach E. Ballistics: A pathophysiologic examination of the wounding mechanisms of firearms / E. Barach, M. Tomlanovich, R. Nowak // J. Trauma. – 1986.– Vol. 26. – P. 225-235.

20. Albrecht M. Experimental soft tissue wounds caused by standart military rifles / M. Albrecht, D. Scepanovic, F. Ceramilae et. al. // Acta Chir. Scand. – 1979. – Suppl. 489. – P. 185

Г.С. Тархнишвили, В.А. Клевно

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ СМЕРТИ ОТ ИНГАЛЯЦИИ БУТАНА

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

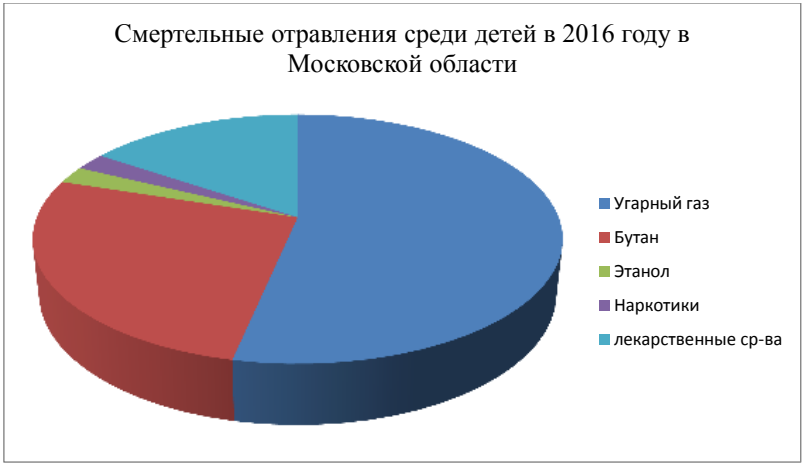
Введение.

В связи с повсеместным распространением табакокурения в мире и в нашей стране, повсеместно общедоступны аксессуары для табакокурения в том

числе и баллоны для заправки зажигалок. Содержащийся в них газ (бутан) подростки ингалируют с целью достижения эйфории. В зарубежной литературе данное явление получило название «сниффинг» и известно еще с семидесятых годов прошлого столетия [3].

Бутан является ингаляционным анестетиком [2] и влияет на нервную систему и кардиомиоциты, обладающие функцией проводимости [1].

На сегодняшний день бутан является одним из самых часто используемых токсикантов, при употреблении которых наступала смерть детей. Известное количество случаев отравления бутаном, превышает показатели смертельного отравления этиловым спиртом и наркотическими веществами в несколько раз.



Материал и методы.

Были изучены 34 акта судебно-медицинского исследования и заключения эксперта из архива Московского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, в период с 2007 по 2016 годы. Критериями выбора являлись анамнестические данные об употреблении бутана из баллонов для заправки

зажигалок (аэрозолей) перед смертью и обнаружение бутана при судебно-химическом исследовании.

Мы постарались выделить ряд признаков, которые, на наш взгляд, имеют наибольшее применение и значение. Многие из них – это хорошо известные признаки быстро наступившей смерти (так называемые признаки смерти по асфиктическому типу).

Микроскопическое исследование по всей выборке выявило, обилие острых изменений по внутренним органам, наибольший интерес из которых для нашего исследования представляли изменения в сердечной мышце. Отек стромы миокарда, как одно из самых главных проявлений гемоциркуляторных нарушений в миокарде нами было отмечено в 29 (85%) случаях. Острые дистрофические изменения кардиомиоцитов наблюдались в 19 случаях, что составило 55% от всей совокупности.

Такой морфологический признак как миолиз кардиомиоцитов, говорящий о запущенных стадиях ишемического поражения кардиомиоцитов, нами был отмечен всего лишь в трех случаях и это составило 8,8% от всей выборки. Мы связываем такие показатели с тем, что смерть при ингаляции бутана наступает гораздо быстрее, чем успевают развиться некротические изменения в кардиомиоцитах.

Отдельного внимания, на наш взгляд, заслуживают такие изменения как фрагментация и контрактурные повреждения кардиомиоцитов, так как являются прямым подтверждением фибрилляции желудочков сердца. Фрагментация кардиомиоцитов в нашей выборке была обнаружена в 29 случаях, что составило 85%. Контрактурные повреждения кардиомиоцитов были обнаружены в 13 (38%) случаях. Отек легких гистологически выявился в 91% случаев, что на наш взгляд хорошо согласуется с выявленными острыми изменениями в миокарде и в совокупности с макроскопическими данными указывает на смерть при явлениях острой сердечной недостаточности сопровождающейся фибрилляцией желудочков.

Анализируя микроскопическую картину в сердечной мышце, несмотря на

детский и подростковый возраст потерпевших, нами были выявлены атрофия кардиомиоцитов и липоматоз миокарда в 22 случаях, что составило (65%). Данные признаки нами были расценены как хронические дистрофические изменения сердечной мышцы, говорящие о хроническом токсическом или ишемическом влиянии на миокард. Других признаков вторичных токсических изменений миокарда (сочетание атрофии и гипертрофии, хаотичное расположение кардиомиоцитов и т.д.) в нашем исследовании не обнаружено.

Вероятности обнаружения некоторых микроскопических признаков представлены в таблице 1

Таблица 1

Морфологические признаки	вероятн
Отек стромы миокарда	0,85
фрагментация кардиомиоцитов	0,85
Контрактурн. измен. кардиомиоцитов	0,38
Миолиз кардиомиоцитов	0,09
Волнообразная деформация кардиомиоцитов	0,5
Иные острые дистр. изменения кардиомиоцитов	0,56
атрофия\липоматоз кардиомиоцитов	0,65
отек легких.	0,91
отек головного мозга.	0,91

Такие признаки хронической интоксикации как жировая дистрофия кардиомиоцитов, фиброз и липоматоз поджелудочной железы, фиброз мягкой мозговой оболочки, в нашей выборке обнаружены не были, что на наш взгляд объясняется детским и подростковым возрастом погибших.

Ни в одном из анализируемых нами случаев не обнаружились признаки желудочно-кишечного кровотечения, либо острых эрозивных повреждений кишечной трубки, что также, может объясняться, как подростковым и детским возрастом погибших, так и с быстрым темпом умирания.

Как видно, острые и хронические изменения во внутренних органах при отравлениях бутаном неспецифичны и в первую очередь характеризуются острыми изменениями в миокарде и как следствие этого выраженными признаками острой сердечной недостаточности.

Принимая во внимание частоты выявляемости вышеуказанных качественных признаков в совокупности с учётом результатов лабораторных исследований, можно существенно повысить диагностическую ценность судебно-медицинского исследования при подозрении на смертельное отравление бутаном, при отсутствии количественного показателя концентрации бутана в крови.

Выводы

Неспецифичность патоморфологической картины при судебно-медицинском исследовании трупов лиц, умерших при ингаляции бутана, обуславливает необходимость поиска иных критериев, подтверждения, суждения о произошедшем отравлении. Даже в случаях обнаружения бутана в крови, диагноз смертельного отравления может быть обоснован, только при наличии соответствующей морфологической картины (ключевые показатели микроскопической картины, которой мы привели в нашем исследовании), данных других лабораторных исследований.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Большая Медицинская Энциклопедия. [электронный ресурс] режим доступа:URLhttp://бмэ.орг/index.php/ФИБРИЛЛЯЦИЯ_ЖЕЛУДОЧКОВ_СЕРДЦА (дата обращения 04.02.2017)

2. Лазарев Н.В. Вредные вещества в промышленности. Москва «Химия» 1976г. Т-I с 11-14.

3. Bass M. "Sudden sniffing death". 1970. JAMA. 212 (12): 2075–2079.

Научное издание

ДЕКАБРЬСКИЕ ЧТЕНИЯ ПО СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

Издание подготовлено в авторской редакции

Технический редактор *Е.Н. Собанина*
Дизайн обложки *А.В. Смирнов, Ю.Н. Ефремова*

Подписано в печать 18.07.2017. Формат 60x84/16. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 8,75. Тираж 100 экз. Заказ 1034.

Российский университет дружбы народов
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

Типография РУДН
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. (495) 952-04-41