

Издание входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации.

Содержание:

С.А.Корсаков, Н.Н.Живодеров, Е.Х.Баринов

ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН, ПРОФЕССОР АЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ ГРОМОВ (памяти ученого) 3

Е.Х.Баринов, А.В.Тихомиров

СУДЕБНО МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ, СВЯЗАННЫХ С «МЕДИЦИНСКИМИ» СПОРАМИ 5

Г.В.Бобро

К ИССЛЕДОВАНИЮ ПРИЧИННОСТИ В СУДЕБНО МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ 8

А.Р.Поздеев, М.А.Васева

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ, СОВЕРШЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ 12

Л.М.Исаева, Д.И.Бутовский, Е.М.Кильдюшов

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УЧАСТИЯ СУДЕБНО МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА В ОСМОТРЕ МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ 15

С.В.Кузнецов, И.А.Толмачев

УСТАНОВЛЕНИЕ СВОЙСТВ КЛИНКА ОСТРОГО ПРЕДМЕТА ПО КОНТАКТНЫМ СЛЕДАМ КРОВИ 20

В.Н.Коротун, В.В.Лесников

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ КРИТЕРИЕВ ПОСТМОРТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОТСРОЧЕННОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБЪЕКТОВ 22

Л.М. Сабурин, О.Г. Якушева, М.В. Теплухина

СОДЕРЖИМОЕ КОСТНОГО КАНАЛА ФРАГМЕНТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КАК ОБЪЕКТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПОВ ГАПТОГЛОБИНА И ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПО ДНК 24

И.В. Ярема, В.М. Казарян, В.И. Нахаев, О.М. Новикова

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЯТРОГЕННОГО ОСТАВЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 27

Б.А. Саркисян, Д.А. Карпов, М.А. Шадымов

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА РЕЗАНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЖИ И ВОЛОС ГОЛОВЫ, ПРИЧИНЕННЫХ КОНСЕРВНОЙ ЖЕСТЬЮ 31

А.Л.Ураков, Н.А.Уракова, В.И.Витер, Т.С.Козлова

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ КРОВОПОДТЕКОВ 34

И.В.Власюк

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИЧИНЕННОГО КРЫСАМИ 37

Б.А. Саркисян, И.В. Паньков

ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ВОДИТЕЛЕЙ И ПассажиРОВ ПРИ НЕСМЕРТЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ В САЛОНЕ ЛЕГКОВЫХ АВТОМОБИЛЕЙ ПРИ ОПРОКИДЫВАНИИ 42

Т.М.Федченко, О.А.Дмитриева, И.Б.Боканович, М.О.Дмитриев

ЛОЖНАЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА БЕДРА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ 46

Ю.А.Молин

ТВОРЧЕСТВО АГАТЫ КРИСТИ – МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ (к 120 летию со дня рождения) 49

РЕДАКЦИЯ

Баринов Евгений Христофорович, к.м.н., доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ – председатель редакционного совета

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:

Авдеев Александр Иванович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой судебной медицины Дальневосточной госмедакадемии

Акопов Вил Иванович, д.м.н., профессор кафедры судебной медицины Ростовского госмедуниверситета

Бахметьев Владимир Иванович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Воронежской госмедакадемии

Бураго Юрий Иванович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины Кемеровской государственной медицинской академии

Вандышев Валерий Васильевич – д.ю.н., профессор кафедры уголовно-правовых дисциплин юридического факультета НОУ Межрегиональный институт экономики и права (г. Санкт-Петербург)

Витер Владислав Иванович – заслуженный деятель науки Удмуртской республики, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права Ижевской госмедакадемии

Гедыгушев Исхак Ахмедович, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор кафедры криминалистики РАП

Данилова Светлана Григорьевна – д.м.н. врач-невролог высшей квалификационной категории, действительный член академии медико-технических наук, главный специалист – эксперт ООО “Центр медицинского права” по вопросам медико-социальной экспертизы (г. Новосибирск)

Донцов Владимир Григорьевич, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, начальник бюро СМЭ Воронежской области

Ерофеев Сергей Владимирович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины, правоведения и биозтики Ивановской госмедакадемии, начальник Бюро СМЭ департамента здравоохранения Ивановской области.

Звягин Виктор Николаевич, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий отделом Российского центра СМЭ

Жаров Владимир Васильевич, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, главный судебно-медицинский эксперт ДЗ Москвы, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы

Корсаков Сергей Александрович – д.м.н., профессор кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ, академик РАЕН

Леонтьев Олег Валентинович, д.м.н., профессор, ВМА
Молин Юрий Александрович – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор кафедры судебной медицины СПбМАПО

Морозов Юрий Евсеевич – д.м.н., профессор, начальник БюроСМЭ ДЗ Калининградской области

Новоселов Владимир Павлович – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины Новосибирского госмедуниверситета, начальник Новосибирского областного Бюро СМЭ

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

Саркисян Баграт Амаякович, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины ФПК и ППС Алтайского госмедуниверситета

Сундуков Дмитрий Вадимович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины РУДН

Тихомиров Алексей Владимирович, д.м.н., к.ю.н., адвокат, Московская областная коллегия адвокатов

Тучик Евгений Савельевич, д.м.н., профессор кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ

Холиков Иван Владимирович – д.ю.н., Главное Военно-медицинское управление Минобороны РФ

Шадымов Алексей Борисович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины с основами права Алтайского государственного медицинского университета

Эделев Николай Серафимович – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины Нижегородской госмедакадемии, начальник бюро СМЭ Нижегородской области

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Тихомиров Алексей Владимирович (г. Москва) – главный редактор

Баринов Евгений Христофорович (г. Москва) – заместитель главного редактора (секция судебной медицины)

Панов Алексей Валентинович (г. Омск) – заместитель главного редактора (секция права)

Леонтьев Олег Валентинович (г. Санкт-Петербург) – заместитель главного редактора (секция страховой экспертизы)

Данилова Светлана Григорьевна (г. Новосибирск) – заместитель главного редактора (секция медико-социальной экспертизы)

Воспроизведение текстов и фотографий в любом виде, на любом носителе и на любом языке, полностью или частично, в том числе в электронных базах и в электронных СМИ, без разрешения редакции не допускается и преследуется в порядке, предусмотренном законом.

За содержание рекламных объявлений редакция ответственности не несет.

УЧРЕДИТЕЛЬ

Некоммерческое партнерство Информационно-правовой центр “ЮРИнфоЗдрав”

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций. Регистрационное свидетельство ПИ №ФС77-34658 от 02.12.2008 г.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

127254, Москва, ул. Добролюбова, д.16, к.2

Тел./факс: (495) 618-00-81.

E-mail: jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Тираж 2000 экземпляров.

ПАМЯТЬ

С.А.Корсаков, Н.Н.Живодеров, Е.Х.Баринов

ЧЛЕН – КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН, ПРОФЕССОР АЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ ГРОМОВ (памяти ученого)

В статье приводятся сведения о жизни и деятельности выдающегося ученого, профессора А.П.Громова

Ключевые слова: А.П.Громов, кафедра, судебная медицина, судебно-медицинская экспертиза



6 августа 2010 года, после продолжительной болезни ушел из жизни крупнейший отечественный судебный медик, бывший главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения СССР, бывший директор НИИ

судебной медицины Минздрава СССР, бывший заведующий кафедрой судебной медицины ММУ им. И.М.Сеченова, Ветеран Великой Отечественной войны, член-корреспондент РАМН, профессор, доктор медицинских наук Александр

Петрович Громов.

Один из видных судебных медиков страны Александр Петрович Громов родился в 1924 г. в д. Леоново Московской области. Принимал активное участие в Великой Отечественной войне. В 1943 г. А. П. Громов поступил в 1-й Московский медицинский институт. В 1949 г. по окончании института, Александр Петрович был зачислен в аспирантуру при кафедре судебной медицины 1-го ММИ, защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, работал ассистентом, а с 1961 года – доцентом. В 1957-1958 гг. А.П.Громова командировали в Тиранский университет (Албанская Народная Республика), где он организовал кафедру судебной медицины и прочитал курс лекций для студентов медицинского и юридического факультетов. С 1961 по 1966 год А. П. Громов совмещал работу на кафедре в 1 ММИ с работой в Университете Дружбы народов имени Патриса Лумумбы вначале в должности декана медицинского факультета, а затем – проректора по научной работе, одновременно заведя курсом судебной медицины в том же университете.

В 1963 г А.П.Громов защитил докторскую диссертацию, годом позже ему было присвоено ученое звание профессора, а в 1964 г. был избран заведующим кафедрой судебной медицины 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова.

В 1979 г профессор А.П.Громов назначен директором Научно-исследовательского института судебной медицины и главным судебно-

медицинским экспертом Министерства здравоохранения СССР, в 1980 г – председателем Научного совета по судебной медицине АМН СССР. В 1982 г. А.П.Громов был избран членом-корреспондентом АМН СССР (РАМН).

По предложению А.П.Громова, решением Министерства здравоохранения СССР НИИСМ МЗ СССР был объединен с кафедрой судебной медицины 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова.

Под руководством А.П.Громова НИИСМ МЗ СССР оставался единственным в стране специализированным научно-исследовательским учреждением по судебной медицине и судебной химии. На его базе под председательством А.П.Громова с 1981 г. функционировал Научный совет по судебной медицине АМН СССР, занимавшийся организацией, планированием и контролем НИР в области судебной медицины в масштабах всей страны. Три из пяти проблемных комиссий Научного совета возглавлялись сотрудниками НИИСМ МЗ СССР.

Более четверти века Александр Петрович руководил кафедрой судебной медицины 1-го ММИ имени И. М. Сеченова, проявив себя, как отличный организатор, высококвалифицированный педагог и научный работник. В 1970 г им написаны «Курс лекций по судебной медицине». Под редакцией А.П.Громова в 1971 году вышел «Практикум» по судебной медицине; им написаны учебные пособия, позволяющие проводить тестирование знаний студентов; издана лекция «Методологические проблемы судебной медицины» (1973).

Под руководством А.П.Громова кафедра с 1968 г проводила работу по повышению квалификации преподавателей кафедр судебной медицины медицинских институтов; была разработана типовая программа для факультета повышения квалификации.

Основным направлением научных исследований кафедры при А.П.Громе являлось экспериментальное моделирование в судебной травматологии, которое разрабатывалось с использованием современных методов, в том числе

и математического моделирования. Им активно разрабатывалось новое научное направление в судебной медицине – биомеханика травмы, позволившее установить закономерность влияния физических параметров механического воздействия на морфологию повреждений. А.П.Громовым был установлен новый механизм закрытой черепно-мозговой травмы, основным фактором которого является деформация костей черепа. По данной тематике Александр Петрович опубликовал большое число работ, из которых можно отметить руководство «Судебно-медицинская травматология» (1977), монографию «Биомеханика травмы» (1979), а также сборник «Моделирование повреждений головы, грудной клетки и позвоночника», редактором и соавтором которых являлся профессор А.П.Громов.

Профессор А.П.Громов и другие сотрудники кафедры получили авторское свидетельство за «Устройство для моделирования нанесенных по телу человека ударов». Перу А.П.Громова принадлежит около 300 научных работ, 30 монографий, среди которых «Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников» (1969) отмечена высшей наградой ВДНХ СССР – «Дипломом Почета» и переиздана в Италии.

Много внимания, заботы и энергии он уделял подготовке научно-педагогических кадров. Под руководством Александра Петровича Громова было подготовлено 13 докторских и 25 кандидатских диссертаций.

Александр Петрович Громов возглавлял Московское научное общество судебных медиков, являлся членом президиума правлений Всесоюзного и Всероссийского научных обществ судебных медиков, был членом редакционной коллегии журнала «Судебно-медицинская экспертиза», редактором редакционного отдела «Судебная медицина» БМЭ, членом президиума Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения СССР, председателем Межведомственного совета по проблемам судебной медицины, членом Ученого совета Министерства здравоохранения и медицин-

ской промышленности РФ, председателем диссертационного совета по присуждению ученой степени доктора медицинских наук по специальности «судебная медицина».

Деятельность профессора А.П.Громова получила широкое признание и авторитет в нашей стране и мире, достойно представляя российскую судебную медицину за рубежом. Ученый был избран почетным членом болгарского, венгерского, польского, чехословацкого, кубинского, мексиканского, финского, немецкого, французского и итальянского обществ судебных медиков, вице-президентом Международной академии судебной и социальной медицины, награжден почетным дипломом судебных медиков США.

В 1993 г Александр Петрович Громов был избран действительным членом (академиком) Академии энергoinформационных наук.

Профессор А.П.Громов свою большую научную и педагогическую работу успешно сочетал с активной общественной деятельностью.

В качестве Главного судебно-медицинского эксперта Министерства здравоохранения СССР А.П.Громов провел большую и плодотворную работу по организации подготовки судебно-медицинских кадров, улучшению материально-технической базы судебно-медицинской службы СССР и принимал участие в подготовке важных нормативных документов, регламентирующих ее деятельность.

За большую работу Александр Петрович Громов был награжден значком «Отличнику здравоохранения», Почетной грамотой Верховного Совета РСФСР, юбилейной медалью «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения Владимира Ильича Ленина». За участие в Великой Отечественной войне он награжден боевыми медалями.

Светлая память об этом выдающемся ученом навеки останется в памяти отечественных судебных медиков.

Редакционный совет и редакционная коллегия журнала «Медицинская экспертиза и право» выражает соболезнование родным и близким ученого, коллегам.

ПРОБЛЕМА

Е.Х.Баринов, А.В.Тихомиров

СУДЕБНО – МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ, СВЯЗАННЫХ С «МЕДИЦИНСКИМИ» СПОРАМИ

Приведена теория медицинской услуги и медицинского деликта в приложении к судебно-медицинской экспертизе по медицинским спорам

Ключевые слова: медицинский деликт, судебно-медицинская экспертиза, медицинские споры

Судебно-медицинская экспертиза по гражданским делам назначается в связи с умалением в личной сфере или для установления состояния здоровья.

В гражданском процессе заключение судебной экспертизы имеет, в конечном счете, имущественные последствия. Суд, используя экспертные выводы в качестве доказательства по делу, выносит решение, на основании которого одна сторона процесса неизбежно поступает материальными ценностями [5].

Следует отметить тот факт, что судебно-медицинская экспертиза имеет дело не с благополучием, а с утратами имеющегося здоровья. Здоровье же имеет ясную правовую характеристику как нематериальное благо – объект гражданских прав. Оно непередаваемо и неотчуждаемо. Здоровье принадлежит правообладателю. Его право на здоровье абсолютно и защищается государством. Однако, в качестве объекта прав - здоровье рассматривается правоприменителем, а для судебно-медицинской экспертизы здоровье – это объект биологической природы, подлежащий оценке, в том числе на предмет умаления. Судебно-медицинская экспертиза призвана предоставить суду заключение для конвертации медицинского смысла в правовой [1,2,3,4].

Судебно-медицинская экспертиза обслуживает потребности правовой процедуры. Задача судебно-медицинской экспертной комиссии – не выяснить истину по делу для себя, а дать возможность суду ква-

лифицировать правонарушение. И в этом смысле разницы нет, уголовное это дело или гражданское. Различия лишь в характере и составе правонарушений. Но именно потому, что такие различия есть, судебно-медицинская экспертиза, следуя потребностям конкретного процесса, должна исходить из нужд правоприменителя в квалификации соответствующего деяния и его последствий [1,2].

Как известно, состав любого правонарушения включает вредообразующее посягательство, результирующий вред (ущерб) и причинно-следственную обусловленность второго первым. Вина имеет обязательное значение в уголовном (даже по формам) и факультативное – в гражданском процессе: ряд составов правонарушений установления вины не требует. В целом, существует три состава гражданских правонарушений: генеральный деликт, «техногенный» деликт (от источника повышенной опасности) и «медицинский» деликт (вследствие недостатков медицинского предоставления). В зависимости от правовой квалификации судом каждый из них предполагает свой предмет доказывания сторонами процесса и разное распределение бремени доказывания между ними.

Речь идет о деликте, то есть внедоговорном правонарушении – по договорным спорам применимость судебно-медицинской экспертизы весьма ограничена, поскольку они не связаны с причинением вреда здоровью. Свобода усмотрения

сторон договора может распространяться на все, что представляет собой товарообмен. Договор может распространяться и на не запрещенные действующим законодательством воздействия на здоровье (татуаж, пирсинг и т.п.), однако соответствие условиям договора в этом случае – вне компетенции судебно-медицинской экспертизы. Случайность же причинения телесных повреждений договором охвачена быть не может.

В той мере, в какой разделяются договорные и внедоговорные обязательства сторон, различаются и сами основания для назначения судебно-медицинской экспертизы в процессе. Если это договорные обязательства, и речь идет об их ненадлежащем исполнении или неисполнении, и возникает вопрос о качестве товаров, работ, услуг, то для судебно-медицинской экспертизы в спорах такого рода места нет. Если же это обязательства из причинения вреда, то речь идет о безопасности, в том числе товаров, работ, услуг, а потому назначение судебно-медицинской экспертизы в спорах такого рода почти неизбежно.

Важно, что современный судебный процесс основан на состязательности сторон – каждая из них приводит соответствующие доказательства в обоснование своей позиции. Но заключение судебно-медицинской экспертизы – единое. В качестве доказательства, одинаково пригодного для обеих сторон в состязательном процессе, оно

должно содержать то необходимое по предмету доказывания, что подтверждает или опровергает соответствующую позицию каждой из них. Тем самым заключение судебно-медицинской экспертизы выполняет роль не только пригодного для признания судом доказательства, но и инструмента доказывания для сторон [1].

«Медицинские», то есть с участием субъектов медицинской деятельности, дела имеют ту особенность, что и сторона процесса, и судебно-медицинская экспертная комиссия обладает едиными познаниями в медицине, хотя бы и используемыми с неодинаковыми целями: первая – для обоснования своей процессуальной позиции, вторая – для нахождения истины по делу.

«Медицинские» споры характеризуются особенностями деликта. В силу товарно-нетоварной двойственности медицинской услуги, когда ее потребительская часть подчиняется юридическим установлениям, а профессиональная (медицинская помощь) – правилам медицины, и причинение вреда имеет различающуюся природу. В одном случае вред происходит из обслуживания немедицинской природы (ожог горячим напитком, ранение разбитым стеклом в окне палаты, удар электрическим током из-за дефектов розетки и пр.), в другом – из вредоносных дефектов оказания медицинской помощи, в третьем – из непредоставления информации о существе воздействия на здоровье. Это, соответственно, потребительский, ятрогенный и информационно-аконсенсуальный деликт [2,3].

Понятно, что предмет и пределы судебно-медицинской экспертизы в первом и втором случаях будут существенно различаться, а в третьем будут отсутствовать сами основания для назначения судебно-медицинской экспертизы (разве только в отношении величины телесных повреждений в результате оказания медицинской помощи), поскольку спор – из несоответствия профессионального пособия воле правообладателя.

Квалифицирующим признаком во всех трех случаях является недостаток медицинской услуги. Понятно,

это – не недостаток качества, то есть недостаток исполнения договорных обязательств. Это либо недостаток безопасности медицинских услуг, либо недостаток информации, предваряющей их оказание.

С юридической точки зрения споры из потребительского деликта не имеют медицинской специфики, из информационно-аконсенсуального деликта – лишь в части неслучайного воздействия на здоровье. Ятрогенный деликт, несомненно, медицинской спецификой обладает. В данном конкретном случае договор призван отделить правомерное медицинское пособие от недостатка безопасности медицинской услуги в виде ятрогенного деликта. Именно в этой части для судебно-медицинской экспертизы приобретает значение договор, на условиях которого медицинские услуги оказывались. При оказании медицинской помощи существуют неизбежные телесные повреждения, без которых она невозможна (например, доступ к патологическому очагу). Существуют также допустимые телесные повреждения, которые происходят из осложнений статистической вероятности. Существуют и недопустимые телесные повреждения, являющиеся следствием вредообразующего отклонения от медицинских технологий. Понятно, что недопустимые телесные повреждения представляют собой очевидный недостаток медицинских услуг. Допустимые телесные повреждения могут являть собой такой недостаток, либо – нет. Если, несмотря на меры предупреждения, прогнозируемые осложнения проявились, и предприняты надлежащие меры их устранения, недостатком медицинской услуги это не является. Если же и мер предупреждения, и (или) мер устранения заведомо возможных осложнений не предпринято, то – в силу недостатка безопасности медицинских услуг. Поэтому для судебно-медицинской экспертизы становится важным, определены ли (и корректно ли с медицинской точки зрения) договором неизбежные и допустимые (с программой предупреждения и устранения) телесные повреждения. Если да, то экспертная оценка должна следовать условиям договора,

если же нет, то – по правилам оценки недопустимых телесных повреждений.

Наконец, возможен и техногенный деликт (причинение вреда источником повышенной опасности) при оказании медицинских услуг – например, медицинский прибор вышел из строя и опасен ударом электрического тока, или ионизирующим излучением, или иным неблагоприятным воздействием на здоровье. В этом случае важны правила техники безопасности в работе с такими приборами, а экспертная оценка посвящается выяснению степени их соблюдения [1,2,3].

Таким образом, специфика деликтов по «медицинским» делам в гражданском процессе достаточно велика. И предмет судебно-медицинской экспертизы по такого рода делам существенно отличается от такового по делам о причинении вреда здоровью при иных посягательствах (дорожно-транспортных происшествиях и пр.).

Следование судебно-медицинской экспертизой потребностям правовой процедуры по «медицинским» делам о причинении вреда здоровью фактически сводится к приданию доказательной силы заключению для квалификации правонарушения судом по двум основным статьям Гражданского кодекса РФ: по общему правилу – о недостатках товарного предоставления и информации о нем (ст.1095) и – значительно реже – о техногенном вреде (ст.1079). Применение в процессе общих положений ст.1064 ГК (генеральный деликт) свидетельствует о правовой неграмотности истца или о квалификационной несостоятельности конкретного правоприменителя. Но и в этом случае задачи судебно-медицинской экспертизы мало меняются [1].

В той мере, в какой судом распределены между сторонами обязанности по доказыванию, предмет судебно-медицинской экспертизы должен соответствовать предмету доказывания каждой из сторон. В этой связи встает вопрос вопросов перед судебно-медицинской экспертизой. В существующей практике вопросы сторон процесса, утвержденные постановлением суда, но не

приведенные к предмету доказывания, скажем мягко, не редкость. Очевидно, потребуется формирование практики запросов судебно-медицинской экспертной комиссии в суд об уточнении предмета доказывания и приведении к нему вопросов, которые ставятся перед судебно-медицинской экспертизой.

Необходимо отметить и тот момент, что вопросы перед судебно-медицинской экспертизой зачастую ставятся некорректно. Например, это вопросы о толковании норм законодательства об охране здоровья граждан либо положений ведомственных нормативов (!), это также вопросы экономического свойства («сколько стоит...»), это и вопросы об установлении правовых категорий («вина», «недостаток», «правонарушение»), явно выходящие за пределы компетенции судебно-медицинской экспертизы.

Нередко судебно-медицинская экспертиза идет на поводу вопросов сторон процесса, подменяющих понятие правонарушения одного другим. Так, пороки соответствия требованиям закона лицензий или сертификатов специалистов нередко увязываются стороной истца с

фактом причинения вреда здоровью, притом что вопрос правомерности осуществления соответствующей деятельности не находится в причинно-следственной связи в качестве посягательства с наступившим вредом и выходит за рамки компетенции судебно-медицинской экспертизы.

В целом, на пути формирования судебно-медицинской экспертизой алгоритма взвешенного участия в «медицинских» делах в гражданском процессе немало сложностей. Эти сложности преодолимы, если судебно-медицинская экспертиза будет следовать потребностям правовой процедуры с дифференциацией подходов в зависимости от различий правонарушений, в связи с совершением которых она проводится. Судебно-медицинская экспертиза по делам такого рода должна явно сместиться с медицинского поля на правовое.

Использованные источники:

1. Баринов Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Правовая общность и различия медицинской деятельности и судебно-медицинской экспертизы // Медицинская экспертиза и

право. – 2010. – № 3. – с.5-7;

2. Баринов Е.Х., Родин О.В., Тихомиров А.В. Предметная область судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2010. – № 3. – с.8-15;

3. Пашина Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Возможности совершенствования нормативно-правовой базы и механизмов защиты прав пациентов в РФ при текущей социально-экономической и политической ситуации // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 1. – С.24-26;

4. Пашина Г.А., Родин О.В., Тихомиров А.В. Пути совершенствования правовой обоснованности выводов судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Медицинская экспертиза и право. – 2009. – № 2. – С.22-28;

5. Пашина Г.А., Григорьев Н.Н., Ромодановский П.О., Пашина А.Г. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском процессе. М.:ГЭОТАР-МЕД, 2004.

12 ноября 2010 г. в Москве, в Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья РАМН прошел международный симпозиум «Традиции и новаторство в истории отечественной медицины», посвященный 200-летию со дня рождения Н.И.Пирогова.

На международном симпозиуме судебными медиками были представлены следующие доклады:

1. Е.Х.Баринов, Е.А.Башкирева, Ю.К.Сальников, П.О.Ромодановский «Н.И.Пирогов и судебная медицина в России».

2. Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский «Неизвестные страницы судебно-медицинской баллистики».

БИБЛИОТЕКА ЭКСПЕРТА

Смертельный трон: загадки последних дней правителей России. – Ростов н/Д.: ООО «Феникс»; Краснодар: ООО «Неоглори», 2010. – 286 с., ил.

Маслов А.А., Маслов А.В.

Люди, связанные между собой единым троном, оказались связаны и единой тайной ухода из жизни – над ними над всеми витают версии об убийстве. Эти люди, вершившие судьбы России на протяжении нескольких веков, унесли с собой одну из самых величайших тайн своей жизни – тайну последних дней. Над каждым из них – над Юрием Долгоруким, Иваном Грозным, Борисом Годуновым, царевичем Дмитрием, Петром I – тяготеет предание какого-то тайного убийства в результате заговора.

К ИССЛЕДОВАНИЮ ПРИЧИННОСТИ В СУДЕБНО – МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Рассматриваются структуры причин, условий и их взаимодействия в онтогенетическом механизме возникновения следствия, применительно к судебно-медицинской экспертизе

Ключевые слова: причина, следствие, причинная связь, судебно-медицинская экспертиза

Логика причинности.

Логика причинности - раздел современной логики, занимающейся исследованием структуры и логических построений о причинных связях явлений (каузальной импликации). Понятие причинности является одним из центральных как в науке, так и в философии науки.

В причинной логике связь причины и следствия представляется условным высказыванием — каузальной импликацией. Смысл ее определяется логической формулой «если..., то...». Определение, которое стоит на месте многоточия после слова «если» называется причиной, а после слова «то» - следствием (Ивин А.А., 1998).

В медицине, как в биологической науке, причинность является онтологической, т.е. характеризуется закономерностями природы. Причинная связь не является логической, следствие вытекает из причины не в силу законов логики, а на основании законов природы.

Причина, условия, следствие.

Слово «причина» в литературе употребляется в двух смыслах:

1. Явление, имеющее полную причину, не может не быть - не может быть ни отменено, ни изменено никакими событиями или действиями. Т.е. полная причина — это такое явление, которое с необходимостью, генетически порождает следствие.

2. Наряду с этим понятием полной причины существует также понятие частичной, или неполной, причины.

Для полной причины выполняется условие: «Если событие А с необходимостью порождает событие В, то

А вместе с любым другим событием С также с необходимостью порождает В».

Для неполной причины верно, что в случае всяких событий А и В, если А есть частичная причина В, то существует такое событие С, которое вместе с А является полной причиной В, и вместе с тем неверно, что А без С (или С без А) есть полная причина В.

Иными словами, полная причина всегда, дискретно и императивно порождает следствие, в то время как неполная причина только предполагает (создает предпосылки, потенциал) к наступлению следствия, и это следствие реализуется лишь в случае наличия соответствующих условий, с превращением неполной причины в полную.

Таким образом, полная причина должна характеризоваться следующими свойствами:

- Полная причина предшествует следствию во времени.

- Полная причина производит следствие дискретно и обязательно (императивно). Недействующих полных причин, или не всегда действующих полных причин не бывает.

- Полная причина является производным от взаимодействия неполной причины, с условиями, которые сами по себе в отдельности не производят следствие.

- Каждая полная причина уникальна и имеет только одно следствие, и наоборот. Одна причина - одно следствие.

Неполные причины рядом своих свойств отличаются от полных причин:

- Неполные причины также предшествуют следствию во времени.

Но,

- Неполные причины сами по себе не производят следствия.

- Неполные причины являются элементарными явлениями, создающими предпосылки к образованию полных причин.

- Одна и та же неполная причина может образовывать с разными условиями разные полные причины. Одна неполная причина - много следствий.

- Неполная причина является необходимым элементом, который генетически предопределяет специфические закономерности следствия в определенных условиях и без которого следствие не сможет сформироваться ни при каких иных условиях.

- Неполные причины ассоциированы со следствием, т.е. связь между неполной причиной и следствием однозначная.

Неполные причины, по своей природе, являются потенциальными элементами, т.е. такими, которые содержат в себе сугубо специфические возможности (потенциал) закономерного возникновения исключительно данного следствия. Именно неполные причины прямо определяют специфические, видовые закономерности наступившего следствия. Неполные причины обладают качеством необходимости. Это означает, что для образования полной причины присутствие неполной причины является определяющим, обязательным, необходимым. В их отсутствие образование полной причины, а, следовательно, и порожде-

ние следствия невозможно ни при каких иных условиях. В медицине к неполным причинам можно отнести все этиологические факторы заболеваний.

Условия - это явления, которые во взаимодействии с неполной причиной участвуют в образовании полной причины и определяют пространственно-временные характеристики возникновения следствия. Они обладают качеством достаточности. Условия сами по себе, в любых своих сочетаниях и комбинациях не могут образовывать полную причину. Замена условий в их взаимодействии с одной и той же неполной причиной приводит к формированию совершенно разных полных причин, а, следовательно, и разных следствий. Т.е. условия, взаимодействующие с неполной причиной в образовании полной причины и в порождении следствия, могут быть разными, а связи их со следствием — многозначными. Причем отличия следствий обусловлены, в основном, характеристиками условий. Например, в одном случае взаимодействие энергии удара (неполная причина) с тупым твердым предметом (условие) приводит к образованию кровоподтека. В другом случае, взаимодействие той же энергии удара (неполной причины) с ножом (иное условие) приводит к образованию колото-резанного ранения, т.е. к иному следствию.

Совокупность всех элементов, необходимых и достаточных для осуществления соответствующего изменения одного явления при взаимодействии с другими явлениями, в философии принято называть полной причиной. Каждое следствие имеет своим основанием одну полную причину как активно действующий фактор и совокупность всех иных условий.

В качестве примера взаимодействия неполных причин с разными условиями и с образованием разных полных причин и разных следствий, рассмотрим заболевание туберкулезом. Почему в одном случае имеет место носительство микобактерии без развития заболевания, в другом развивается туберкулез легких, в третьем - туберкулезное поражение костной ткани, в четвертом - поражение глаз? Туберкулезная микобакте-

рия, как причина, одна, а следствия разные. Не противоречит ли это основному постулату детерминации: одна причина - одно следствие? Нет, не противоречит, поскольку микобактерия одна, но полные причины заболеваний разные. В чем же это различие? А в том, что для возникновения специфического воспаления той или иной локализации, необходима как микобактерия (неполная причина), так и органоспецифические аутоантитела (достаточные условия), выработавшиеся в организме человека в процессе жизни. Реакция взаимодействия происходит на базальной мембране того или иного органа, определяя тем пространственно-временные характеристики причинно-следственной связи (ПСС). При этом необходимым элементом для развития специфического процесса является наличие микобактерии (без нее специфический процесс не состоится ни при каких иных условиях), а достаточным условием является готовность организма (через наличие в нем органоспецифического аутоантитела) к развитию специфического воспаления. Если же таких достаточных условий в организме нет (нет органоспецифических аутоантител), человек может быть носителем микобактерий, но заболевание у него не разовьется.

Таким образом, при своей кажущейся идентичности причины образуются разные следствия, что ставит под сомнение один из постулатов о жесткой детерминации пары «причина-следствие». Рассмотрим пример из повседневной судебно-медицинской практики. Так, в одном случае удар привел к образованию кровоподтека, в другом - помимо кровоподтека возникло повреждение стенки подлежащего кровеносного сосуда, в третьем случае образовался перелом кости. Казалось бы причина одна - удар, а следствия разные. Но это не так, поскольку причины, в том понимании, в котором они рассматриваются здесь, тоже разные. Отличаются они тем, что наряду с одинаковыми условиями (одинаковый предмет - носитель энергии), они отличаются неполными причинами (разными энергиями ударов). В одном случае такой полной причины необходимо и достаточно только для образова-

ния кровоподтека, в другом - для возникновения повреждения сосудистой стенки, в третьем - для образования перелома кости.

Из вышеизложенного следует, что для возникновения следствия нужно присутствие полной причины, т.е. явления такого класса, которое обладает одновременно обоими свойствами - неполной причины и условий. Образно говоря, полная причина возникает здесь и сейчас, в «точке пересечения» неполной причины и условий, при органичном взаимодействии их качеств необходимости и достаточности.

Взаимодействие. Связь.

Причинные связи - не единственные в мире. Имеются различные формы взаимосвязи явлений, не сводящиеся к причинности. Сюда относятся:

- функциональная зависимость, в которой могут находиться два явления, не порождающие друг друга;
- простая последовательность различных событий во времени, не образующая причинной цепочки;
- связь состояний, которая представляет собой изменения во времени одного и того же явления.

Все эти, а также иные виды закономерной зависимости между явлениями охватываются понятием детерминации.

В науке наиболее частым употреблением слова «детерминация» применительно к рассматриваемой проблеме является употребление его в смысле постоянной и однозначной связи между событиями и явлениями. Причинная же связь или причинение представляет собой детерминацию действия посредством действующей причины. Таким образом, понятие причинной связи несколько уже понятия детерминизма, и вместе с тем оно является более конкретным и содержательным. Причинение можно рассматривать как частный случай взаимодействия. Будучи разновидностью закономерной связи, причинность обладает такими чертами, как всеобщность, пространственная и временная непрерывность, необратимость. Кроме того, по своей природе она носит генетический характер.

Современная концепция причинности включает в себя два необхо-

димых и достаточных компонента: это принцип производительности или генетический принцип, гласящий, что ничто не может возникнуть из ничего или перейти в ничто, и принцип закономерности, согласно которому ничто не происходит незакономерным, произвольным образом. Это объясняется всеобщим универсальным взаимодействием, признание существования которого означает, что любая вещь так или иначе, прямо или косвенно воздействует на другие и, в свою очередь, испытывает воздействие непосредственное или опосредованное этих других вещей. Такая цепь связей и взаимодействий объединяет явления, вещи в целую единую систему, не прерываясь нигде и никогда. Признание хотя бы одного беспричинного явления противоречило бы признанию материальности мира.

Механизм действия причинной связи определяется качественными свойствами составных элементов полной причины, рассмотренными выше. При этом закономерно (прямо) генетическое порождение следствия определяет исключительно неполная причина. В это же время участвующее в этом процессе условие или условия находится со следствием в случайной связи и лишь способствует реализации потенциала неполной причины. Так, энергия ударного травматического воздействия на тело человека (неполная причина) всегда однозначно приводит к травме. В то же время ее пространственно-временные характеристики (локализация, глубина поражения) зависят от случайного применения того или иного условия например, характера предмета-носителя (орудия), наличия инфекта, сопутствующей патологии и т.п.

Рассмотрим это положение на условном примере. У потерпевшего в результате травмы возникла гематома мягких тканей голени без повреждения кожных покровов. Спустя несколько дней гематома нагноилась, что повлекло за собой увеличение длительности расстройства здоровья. Необходимо установить, имеется ли причинная связь травмы с нагноением или же такая связь исключена. Онтогенетические закономерности процесса указывают на то, что для возникновения нагное-

ния необходимым (неполной причиной) является наличие в организме пострадавшего гноеродного инфекта. Попадание инфекта в момент травмы исключено по условиям задачи (неповрежденные кожные покровы). Следовательно, инфект находился во внутренних средах организма пострадавшего. Возможно ли это? Возможно. Достаточно вспомнить, что существует множество заболеваний или состояний человека (носительство) при которых инфекционный агент длительно, в латентном состоянии, находится в его организме (ревматизм, неревматические эндокардиты, тонзиллиты, инфекции желчного пузыря, простатиты, синуситы, наркомания и т.п.). Чаще всего у этих лиц могут быть выявлены золотистый стафилококк, синегнойная палочка, стафилококк и др. Почему же в ряде случаев наличие инфекта во внутренних средах потерпевшего не вызывало сколь-нибудь заметных клинических проявлений до травмы? Потому, что для этого не было условий - инфект был доступен для системы клеточного и гуморального иммунитета (лейкоцитов, макрофагов), который сдерживал инфект и обеспечивал равновесие (баланс) во взаимоотношениях инфекта и организма. Иными словами, инфект в отсутствие достаточных условий и без взаимодействия с ними не мог образовать полную причину, которая дискретно, незамедлительно привела бы к следствию - нагноению... Но вот развилась гематома. Кровь, излившаяся в гематому, выключена из системы кровотока (осумковалась) и лизировалась. В течение этого процесса в гематоме лизировались элементы клеточного иммунитета и перестали сдерживать агрессию инфекта. К месту кризиса, возможно, по протокам потовых, сальных желез, возможно, лимфогенно поступил инфект. Т.е. образовалась полная причина. Развилось нагноение, совпавшее во времени и пространстве с образованием гематомы.

Частыми являются экспертизы с проведением исследования причинно-следственных отношений в случаях травмы болезненно измененного органа. В качестве примера можно привести закрытую черепно-мозговую травму с кровоизлияни-

ем под оболочки ГМ у больного с сосудистой патологией (васкулиты, атеросклероз и т.п.). Используя описанную здесь причинную логику, следует прийти к решению, что травма (неполная причина) находится в прямой причинной связи с повреждением мозга, оболочек, их сосудов, в то время как болезненные изменения сосудов являются условием, состоящим в случайных отношениях со следствием и, возможно, в определенной мере способствующим реализации потенциала травматического воздействия и наступлению следствия.

В практике судебно-медицинской экспертизы, нередко исследуются явления, которые кажутся органично сочетающимися в себе свойства неполной причины и условий, т.е. полной причины. Так, при ударном травматическом воздействии предмета, приведшем к образованию перелома кости, органично сочетаются оба явления: - как обладающее качеством неполной причины - энергия удара, так и обладающее качеством условия - предмет-носитель этой энергии. Или при отравлении этиловым алкоголем органично сочетается неполная причина - прием этилового алкоголя - с условием - количеством принятого алкоголя.

Анализ причинных связей в судебно-медицинской экспертизе несколько упрощается тем обстоятельством, что он проводится ретроспективно, при уже состоявшемся и известном (или должным быть известным) следствии и условиях, к тому же в ограниченных - нескольких, интересующих эксперта - звеньях причинно-следственных цепочек.

Необходимости – идентифицирующий признак причины.

Индуктивный анализ необходимости.

Выявление необходимости, присущего неполной причине, производится с использованием методов (канонов) Ф.Бэкона - Д.С.Милля. Чаще других методов Бэкона-Милля мы используем метод «единственного различия» как наиболее надежный метод индуктивного анализа причинных цепочек.

Для проведения такого анализа причинной связи ставится вопрос,

«могло ли следствие возникнуть без исследуемого явления - при всех прочих равных условиях?». При положительном ответе на такой вопрос причинная связь между следствием и исследуемым явлением исключена. При однозначно отрицательном ответе устанавливаем, что присутствие изучаемого явления является необходимым для возникновения следствия - причинная связь имеет место быть, а исследуемый элемент причинной цепочки является неполной причиной.

Неопределенность в ответе на такой вопрос может указывать на недостаточную диагностику того или иного явления, или пропуск «звена» в причинной цепочке.

Особенностью построения причинных цепочек является требование последовательного заполнения всех звеньев, без пропусков и скачков. Последовательность и число звеньев в таких «цепочках» определяются закономерностями патогенетического процесса и масштабом (аспектом), принятым исследователем для рассмотрения причинной связи.

При экспертном анализе причинно-следственных «цепочек» нередко возникает потребность перейти на иной уровень исследования связи (условно говоря, изменить масштаб исследования).

К примеру, в результате травматического воздействия на голову у пострадавшего возникла черепно-мозговая травма, включающая в себя комплекс травматических повреждений мягких тканей головы, костей свода и основания черепа, мозговых оболочек и ткани головного мозга.

В целом (в одном «масштабе»), следствием этой травмы, явилось развитие у пострадавшего травматической болезни, т.е. комплекса посттравматических изменений и процессов как местного, так и системного порядка. Так выглядит причинно-следственная «цепочка» в первом приближении. Но эксперту, предположим, необходимо определить причинно-следственную связь на другом - более частном - уровне. В таких случаях допустимой является смена масштаба (аспекта) исследования ПСС. Т.е. на этом этапе можно из всего комплекса травматических повреждений вычленив интересующий эксперта элемент (предполо-

жим очаг ушиба мозга) и дальнейшее исследование проводить уже только в отношении него. Выполнение такой операции является лишь техническим изменением масштаба (аспекта) исследования ПСС и не носит характера изменений или прерываний причинно-следственной цепочки. Это как при микроскопии, когда смена увеличения не изменяет характера исследуемого патологического процесса, а позволяет более детально рассмотреть его особенности.

Методология установления прямой причинно-следственной связи.

Установление ПСС между явлениями, составляющими причинную цепочку, в конечном счете, сводится к идентификации неполной ПРИЧИНЫ из ряда всех исследуемых явлений (событий) относительно известного СЛЕДСТВИЯ.

Именно неполная причина онтологически обуславливает закономерность возникновения заданного следствия. Все остальные явления (события), имеющие отношения (связи) с заданным следствием, являются условиями, которые не находятся в прямой ПСС со следствием.

Среди множества разных явлений (событий), связанных с данным следствием, неполная ПРИЧИНА отличается единственным качественным признаком - НЕОБХОДИМОСТЬЮ, который и является идентификационным. Термин «необходимость» в таком контексте обозначает не столько обязательность присутствия этого явления (события) в данном процессе, сколько генетическую предопределенность порождения этим явлением именно данного следствия.

Определение этого качества возможно методами индуктивного анализа Ф.Бэкона - Д.С.Милля.

Использованные источники:

Алексеев П.В., Панин А.В. Философия: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2003. - 608 с.

Амстердамский С. Разные понятия детерминизма // Вопросы философии. 1966. - № 7. - С. 118.

Бунге М. Причинность. - М, 1992. - С. 38-40.

Ивин А.А. Логика. Учебное пособие. Издание 2-е. - М., «Знание», 1998. - 228 с.

Князев П.А. Причинность: новое видение классической проблемы. VI.. 1992. С. 50. 3

Краевский В. Пять понятий причинной связи // Вопросы философии. 1966. № 7. С. 113;

Лопатин Л.М. Аксиомы философии. М, 1996. С. 30.

Мюллер А. Детерминизм и динамизм // Современный детерминизм и наука: В 2 т. / Отв. ред. Г.Л.Свечников. Новосибирск, 1995. Т. 2. С. 180. 90

Налетов И.З. Причинность и теория познания. М., 1975. С. 11-12.

Парнюк М.А. Концепция детерминизма в диалектическом материализме // Современный детерминизм и наука. Т. 1. С. 18.

Перминов В.Я. Проблемы причинности в философии и естествознании. М.. 1979. С. 27.

Свечников Г.А. Диалектико-материалистическая концепция причинности // Современный детерминизм. Законы природы / Под ред. Г.А.Свечникова, П.Д.Абрамова и др. М., 1973. С. 140.

Сейфулаев Р.С. Категория причинности // Современный детерминизм и наука. Т. 1. С. 158.

Ярмыш Н.М. Теоретические проблемы причинно-следственной связи в уголовном праве (философско-правовой анализ) 2003 год: Автореф. дисс. ... д-ра юрид. наук: 12.00.08 / Нац. юрид. акад. Украина им. Я. Мудрого. - Х., 2003. - 40 с.

Уемов А.И.. Остапенко СВ. Причинность и время. М.. 1973. С. 229.

Украинцев Б. С. Самоуправляемые системы и причинность. М., 1972. С. 23.

Шаргородский М.Д. Некоторые вопросы причинной связи в теории права // Советское государство и право. 1956. № 7. С. 42.

Чусовитов А.Г. Взаимодействие и причинность в физике. Новосибирск, 1975. С. 134.

Философия / Под ред. Н.И.Жукова. Минск, 1996. С. 186.

Энгельс Ф. Диалектика природы // Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 20. С. 570

Энгельс Ф. Анти-Дюринг // Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 20. С. 20.

ПРОБЛЕМА

А.Р.Поздеев, М.А.Васева

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ, СОВЕРШЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

На основе анализа уголовных дел, служебных проверок, судебно-медицинских экспертиз в отношении медицинских работников предлагаются поправки в нормативно правовых актах для повышения эффективности раскрытия, расследования и судебного рассмотрения данного вида правонарушений и преступлений

Ключевые слова: профессиональные правонарушения и преступления медицинских работников, судебно-медицинская экспертиза

В РФ отсутствует официальная статистика по правонарушениям и преступлениям медицинских работников за причинение вреда жизни и здоровью пациентам, где особым субъектом преступления является медицинский работник. Кроме того, преступления в сфере здравоохранения характеризуются высокой степенью латентности [1]. По данным юридической литературы 50-80 % возбужденных в отношении медицинских работников уголовных дел прекращаются на стадии досудебного разбирательства. В суде рассматриваются около 9-50% из общего количества уголовных дел. Процесс актуализации и толкования следов преступления медицинских работников против жизни и здоровья пациентов, проводится с опозданием, что ведет затягиванию и последующему их прекращению за давностью и отсутствием в деянии состава преступления (п.2 ч.1 ст.24 УПК РФ). Установлено, что у представителей следственных органов отсутствует четкое представление о специфике расследования профессиональных правонарушений и преступлений медицинских работников и возникающие в этой связи трудности их привлечении в качестве обвиняемого [2].

Анкетирование врачей в Российской Федерации показало, что каждый второй респондент (57 %)

отмечает в своей практике случаи, которые могли, по мнению врачей, закончиться обращением пациентов в суд, но лишь у 6% они решались в судебном порядке, у 30 % подобные случаи были урегулированы без участия судебных органов, а у 21 % остались без внимания со стороны пациентов, что свидетельствует о низком правосознании населения [3].

По данным Ю.Д. Сергеева, С.В. Ерофеева [4] уровень распространности ненадлежащего оказания медицинских услуг по результатам комплексного исследования составил 10,0-15,0%, а по данным Л.В. Канунниковой (2006) до 20,5% [5]. Из выступления академика А. Г. Чучалина: «Практически каждый третий диагноз ставится отечественными врачами неверно. Для сравнения, в США процент врачебных ошибок составляет 3-4%, в Великобритании – 5%, во Франции – 3%» [6]. По данным стационаров городов Москвы и Санкт-Петербурга в каждом пятом случае диагноз, установленный в больнице, оказывается ошибочным» [7]. По Удмуртии расхождение клинических диагнозов в лечебных учреждениях имело место в 2000 г в 6,5%, в 2001 г 7,1%, в 2002 г. 13,6%, в 2003 году 10,0%, в 2004 г. 10,8%, в 2005 г. 9,3% [8].

Эти факты указывают на актуальность разработки рекомендаций по проблемам раскрытия, расследова-

ния и судебного рассмотрения таких правонарушений и преступлений, где особым субъектом является медицинский работник.

Нами исследованы материалы проверок (3 случая) и 6 уголовных дел по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи из различных регионов РФ за период с 1997 по 2007 гг. Уголовные дела возбуждались и проводились доследственные проверки - по заявлениям пострадавших пациентов, их близких родственников, а в одном случае – по заявлению главного врача. По результатам проверок заявлений граждан о фактах ненадлежащего оказания медицинской помощи в возбуждении уголовных дел было отказано в связи с отсутствием в действиях медицинских работников состава преступления (по п.2 ч.1 ст. 24 УПК РФ). При этом в одном случае на момент отказа в возбуждении уголовного дела результаты судебно-медицинского исследования трупа были не известны (не проведены дополнительные исследования), в том числе и причина смерти.

До возбуждения уголовных дел, как правило, проводилась проверка сообщений о преступлениях, которая от момента подачи заявлений пострадавших до возбуждения уголовных дел длилась от 1 месяца до 14 месяцев. В 4-х случаях до возбуждения дел первоначально

следовали отказы в возбуждении, но по жалобам пострадавших возбуждались уголовные дела.

Уголовные дела были возбуждены по следующим статьям УК РФ: ч.2 ст. 109, ч.4 ст. 118 (часть 4 данной статьи отменена ФЗ № 162-ФЗ от 08.12.03 г), ч. 2 ст. 293 (халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью). Все шесть дел были прекращены (по 5-ти – в связи с отсутствием в действиях медицинских работников состава преступления, в 1-м случае – истечения сроков давности). Медицинские работники отдела-лись дисциплинарными взысканиями, один из них был освобожден от должности заведующего отделением. Сроки расследования данных уголовных дел составили от 3 месяцев - до 4 лет и 10 месяцев. Длительность расследования по данной категории дел обусловлена: проведением проверки до возбуждения дела (на что затрачивается определенное время); проведением судебно-медицинских экспертиз (в ряде случаев неоднократных дополнительных и повторных); проведением по ходатайству судебно-медицинских экспертов дополнительного следственного действия – эксгумации; волокита в расследовании (отказы в возбуждении, прекращении дел, отмены данных отказов и прекращений дел). Необходимо особо отметить, что при вынесении постановлений об отказе и прекращении уголовных дел следственные органы в мотивировочной части решения ссылались на заключение судебно-медицинской экспертизы. Судебно-медицинские экспертизы проводились в государственных учреждениях здравоохранения того же субъекта РФ, где произошел случай оказания ненадлежащей медицинской помощи. По одной экспертизе были проведены исследования в Российском центре судебно-медицинских экспертиз (г.Москва) и не государственном учреждении ООО «Судебная экспертиза». Анализ судебно-медицинских экспертиз и результатов служебных проверок, свидетельствует о том, что во всех случаях выводы их носили оправдательный характер. Эксперты указывают, что медицинская помощь оказана не надлежаще, но

при этом причинно-следственной связи между действиями медицинских работников и наступившими последствиями не усматривают, либо определить ее не представляется возможным. Осмотра места происшествия не было ни в одном случае. Медицинские документы изымались запоздало – медицинские работники успевали вносить в них изменения (дописки, подчистки, исправления). В одном из дел имеется обращение следователя к главному врачу с просьбой «разрешить ознакомление с медицинскими документами»!

Следует констатировать и тот факт, что в настоящее время заключение СМЭ – ложится в основу доказательств виновности или не виновности медицинского работника, вопреки статье 17 УПК РФ. Анализ следственной практики показывает, что чаще всего ни следователь, ни судебно-медицинский эксперт, ни врач-эксперт на место происшествия (в лечебные учреждения) не выезжали, осмотр трупа на месте его обнаружения не проводили и медицинскую документацию сразу не осматривали. Это происходит в большей части потому, что администрация лечебного учреждения своевременно не уведомляет следственные органы о гибели пациентов, при этом никакой ответственности не несет за сокрытие этих сведений [9]. Нам представляется оптимальным следующие пути решения сложившихся проблем:

- ввести статистический учет профессиональных правонарушений и преступлений медицинских работников, который позволит обобщать и анализировать;
- по примеру других стран создать электронный банк данных о неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи;
- обобщить судебно-следственную и экспертную практику по делам о врачебных преступлениях и дать соответствующие разъяснения судам и органам уголовного преследования в виде Постановления Пленума ВС РФ «О судебной практике по делам о преступлениях, совершаемых медицинскими работниками»;
- создать нормативный документ «Правила (алгоритм) оценки неблагоприятных исходов в медицине»;

- переподчинить судебно-медицинскую службу Министерству юстиции или выделить ее в самостоятельный Департамент;

- обязать проведение СМЭ по данной категории дел только экспертам из другого региона;

- ввести специализацию следователей, дознавателей и судей по расследованию и судебному рассмотрению данной категории уголовных дел, назначая на эти должности специалистов с высшим юридическим и медицинским образованием;

- ввести в УК РФ ответственность за укрывательство врачебных правонарушений и преступлений, в том числе администрацией лечебных учреждений;

- обязать руководителей лечебных учреждений оповещать правоохранительные органы о случаях смерти пациентов;

- запретить медицинским работникам и их руководителям, в отношении которых проводится проверка делать публичные заявления о своей невиновности до окончания расследования;

- предусмотреть по примеру европейских стран возможность привлечения к уголовной ответственности руководителей медицинских учреждений за профессиональные правонарушения и преступления, совершенные их подчиненными;

- установить в качестве основного наказания за совершение медицинских правонарушений и преступлений лишение права заниматься медицинской деятельностью, что явится наиболее эффективным способом защиты прав граждан от недобросовестных медицинских работников;

- установить административную, а некоторых случаях и уголовную ответственность медицинских работников за фальсификацию медицинских документов;

- разработать рекомендации для следственных органов по оценке объективности заключений судебно-медицинских экспертиз по этой категории дел.

В частности, анализ заключений судебно-медицинских экспертиз и судебно-следственной практики позволил сформировать рекомендации по методике их назначения. Всегда на разрешение судебно-

медицинских экспертов ставят, на наш взгляд, методически не совсем верные вопросы: Правильно и своевременно ли диагностировано имевшееся у пациента заболевание или травма? Правильно, своевременно оказана медицинская помощь? На такие вопросы даются ответы, которые никак нельзя проверить и проанализировать лицу, не имеющему медицинского образования: «Имевшееся у Н. заболевание диагностировано правильно и своевременно. Лечение проведено правильно, своевременно, в полном объеме и соответствует современным медицинским стандартам и общепризнанным методикам». Мы рекомендуем ставить перед экспертной комиссией вопросы, позволяющие установить факт ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей медицинским работником.

1. Какая медицинская помощь должна была быть оказана лицу в соответствии с нормативно-регламентированными, либо не получивших жесткого нормативного закрепления, но выработанными медицинской практикой общепринятыми, общепризнанными и являющимися в силу этого обычными в медицине правилами оказания медицинской помощи? (При этом обязать экспертов в заключении указывать соответствующие инструкции, правила).

2. Какая медицинская помощь оказана гр-ну в данном случае, т.е. фактически? И еще один немаловажный вопрос: В случае если какая-либо медицинская помощь не оказана, указать причины ее не оказания?

Сопоставив ответы экспертов на первые два вопроса, следователь без труда может сам определить и ему будет вполне очевидно – надлежало ли была оказана медицинская помощь. Безусловно, что в случае надлежащего ее оказания, даже при неблагоприятном исходе (в том числе смерти пациента) медицинский работник освобождается от уголовной ответственности.

Использованные источники:

1. Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения): Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - Н. Новгород, 2007. С. 34.

2. Витер В.И., А.Р.Поздеев, И.В.Гецманова Юридическая и экспертная оценка неблагоприятных исходов при расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников - Ижевск, 2007. 383 с.

3. Шарабчиев Т. Ю. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты // Сайт

Медицинские новости. Архив. 2007. № 13. URL: <http://www.yurocom.by> (дата обращения 12.11.2009).

4. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.- Иваново, 2001. 288 с.

5. Канунникова Л.В. Обоснование модели оказания правовой помощи медицинским работникам, учреждениям и организациям в субъекте Российской Федерации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Новосибирск, 2006.

6. Чучалин А. Г. Новый курс: консолидация усилий по охране здоровья нации»: каждый врач имеет свое кладбище (I Национальный конгресс терапевтов) // www.utro.ru / 2006/01/08 / index.shtml (дата обращения 01.05.2009).

7. Акопов В. И. Право в медицине. - М.: Приоритет-стандарт, 2002. - С.56.

8. Поздеев А.Р., Т.Р.Закиров, В.И.Жихорев О современных тенденциях смертности в лечебных учреждениях // Проблемы экспертизы в медицине 2005. №3. С. 43-45.

9. Флоря В. Н. Методика расследования врачебных преступлений против жизни и здоровья пациентов // Медицинское право: электрон. журн. – II квартал 2007. № 2. Доступ из справочной правовой системы «Гарант».

БИБЛИОТЕКА ЭКСПЕРТА

Петля и пуля. Исследование обстоятельств гибели Сергея Есенина и Владимира Маяковского. – СПб.: ООО «ИНАПРЕСС», «НОВАЯ ГАЗЕТА», 2004. – 254 с., ил.

Маслов А.В.

Известный ученый, специалист в области судебной медицины А.В.Маслов (1939-2004) в своем документальном повествовании с дотошностью и хладнокровием анализирует сложные обстоятельства ухода из жизни С.Есенина и В.Маяковского. Рассматривая пристально и беспристрастно самые мрачные эпизоды русской литературной жизни XX века, снова изучая разнообразные материалы, А.В.Маслов своими выводами закрывает политические спекуляции и околосудебные дискуссии, возникающие вокруг обстоятельств гибели великих поэтов.

ПРОБЛЕМА

Л.М.Исаева, Д.И.Бутовский, Е.М.Кильдюшов

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УЧАСТИЯ СУДЕБНО–МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА В ОСМОТРЕ МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ

Раскрыты значимые аспекты стратегии и тактики формирования следственно-оперативных групп. Приведена классификация следственно-оперативных групп в зависимости от их численности и предназначения. Рассмотрены актуальные процессуальные и технические вопросы, связанные с привлечением специалиста в области судебной медицины, привлечения в состав следственно-оперативной групп на постоянной и временной основах. Приведен анализ правового статуса специалиста в области судебной медицины при проведении различных следственных действий, в том числе и неотложных. Предложены пути решения проблем сопряженных с процессуальными и административными основами участия специалиста в области судебной медицины в работе следственных и следственно-оперативных групп

Ключевые слова: специалист, судебно-медицинский эксперт, место происшествия, осмотр трупа

Одним из ключевых принципов российского уголовного судопроизводства является правило единоличного ведения предварительного следствия и персональной ответственности следователя за свои решения. Однако это не означает, что следователь должен вести всю работу по доказыванию и выяснению обстоятельств дела в одиночестве. В уголовном процессе существуют и иные фигуры, которые тем или иным образом, взаимодействуя со следователем и друг с другом, участвуют в решении задач стороны обвинения и защиты. Однако в последнее время традиционных рамок такого взаимодействия становится недостаточно. Постоянно возрастает число сложных, многоэпизодных уголовных дел, требующих новых подходов к организации расследования. Одним из таких направлений является совершенствование привлечения судебно-медицинского эксперта к осмотру места происшествия.

Для понимания проблем привлечения судебно-медицинского эксперта к осмотру места происшествия необходимо обратиться к истории. В раннем советском периоде истории России в уголовном судопроизводстве не существовало понятия «специалист». Из лиц, обладающих

специальными познаниями, в уголовном процессе присутствовал только «эксперт», а форма его участия регламентировалась правилами проведения экспертиз. Согласно Уголовно-процессуальному кодексу (УПК) РСФСР 1922, а затем и 1923 года эксперты могли привлекаться для участия в следственных действиях, но их участие должно было быть отражено по правилам написания экспертизы. Никто не мог понять, как это надо сделать, но нужда в специальных познаниях особенно при проведении неотложных первоначальных следственных действий все возрастала.

В УПК РСФСР 1960 года, учитывая проблемы привлечения участников процесса к расследованию, законодатель, среди прочего, ввел в процесс новую фигуру – специалиста, создав тем самым фундамент для расширения возможностей использования специальных познаний, в том числе при производстве осмотра места происшествия. Однако отголоски указанных выше традиций сохранились и сейчас, в том числе и в том, что всех специалистов в области судебной медицины юристы уважительно называют экспертами. Даже законодатель в ст. 178 УПК РФ указал, что «следователь производит осмотр трупа на месте его

обнаружения с участием судебно-медицинского эксперта, а при невозможности его участия – врача». Однако следующее предложение в этой же статье противоречит предыдущему – «При необходимости для осмотра трупа могут привлекаться другие специалисты». Значит врач и эксперт – это все же специалисты.

Остановимся на этом подробнее и разберемся, кто же должен привлекаться для осмотра трупа на месте его обнаружения – специалист, врач, судебно-медицинский эксперт или кто-то еще.

Прежде всего, отметим, что, несмотря на то, что принятый в 2001 год УПК РФ существенно изменил возможности использования специальных знаний в уголовном судопроизводстве, законодатель не стал вводить в уголовное судопроизводство дополнительные процессуальные субъекты, обладающие специальными знаниями. В уголовном процессе, как и раньше, существуют два самостоятельных процессуальных участника, обладающих специальными знаниями – «специалист» и «эксперт». Потому, как ни назови участника осмотра трупа – судебно-медицинским экспертом, врачом, специалистом, юридически это будет либо специалист, либо эксперт.

Согласно ст.ст. 58, 168 УПК РФ, лицо, обладающее специальными знаниями и привлекаемое для участия всех без исключения процессуальных действиях, включая следственные, следует считать «специалистом». При этом «экспертом» является лицо, обладающее специальными знаниями, задачей которого является исключительно производство экспертизы (ст. 57 УПК РФ). Хотя эксперт и имеет право участвовать с разрешения дознавателя, следователя и суда в процессуальных действиях и задавать вопросы, относящиеся к предмету судебной экспертизы (ст. 57 УПК РФ), делает он это только в рамках и для решения задач проводимой им судебной экспертизы.

Таким образом, с точки зрения уголовно-процессуального законодательства, к участию в процессуальных действиях, к которым относится и осмотр, всегда привлекается только «специалист». Наименование указанных в статье 178 УПК РФ лиц «врачом» или «судебно-медицинским экспертом» относятся к особенностям их квалификации, но не влияют на их права и обязанности. Являясь юридически «специалистами» они приобретают права и обязанности процессуальных «специалистов», указанные в статье 58 УПК РФ.

Необходимо учитывать, что УПК РФ имеет статус федерального закона. Следовательно, если подзаконные нормативные правовые акты, к которым относятся и внутриведомственные приказы и распоряжения, не соответствуют его положениям, то руководствоваться нужно не ими, а УПК РФ.

Придя к выводу, что судебно-медицинский эксперт (врач) имеет статус специалиста при осмотре трупа, логично предположить, что организационные формы его привлечения к осмотру места происшествия должны быть регламентированы во внутриведомственных приказах правоохранительных органов Российской Федерации. Более того, там же должна быть прописана его роль и форма участия в тех организационных формированиях, которые создаются в правоохранительных органах для оптимизации, раскрытия и расследования преступлений.

Однако, изучая приказы МВД России и иных министерств, юридическую литературу и уголовно-процессуальное законодательство, сталкиваешься с тем, что фактически одно и то же организационное формирование имеет совершенно разные наименования, а одним и тем же термином именуется группа, имеющие не только разные функции, но и принципиально разную юридическую основу организации. Такая чехарда затрудняет не только разработку организационных форм участия судебно-медицинских специалистов, но и само восприятие того или иного формирования, не говоря уже о возможности руководства им. Это же приводит к путанице с определением лиц, непосредственно участвующих в производстве следственных действий, или входящих в состав следственно-оперативных групп в административном плане.

Согласно приказам МВД РФ, в настоящее время основной организационной формой взаимодействия подразделений и служб органов внутренних дел в расследовании и раскрытии преступлений является следственно-оперативная группа (СОГ). Следственно-оперативные группы, согласно межведомственным приказам, подразделяются на следующие виды:

Дежурная (при дежурной части) - обеспечивает немедленное реагирование на сообщения о преступлениях, производство неотложных следственных действий и оперативно-розыскных мероприятий «по горячим следам» и формируется в составе следователя, сотрудников оперативных и экспертно-криминалистических подразделений, кинологов.

Целевая (временная) - для расследования и раскрытия преступлений по конкретному уголовному делу.

Специализированная (постоянно действующая) - для расследования и раскрытия определенной категории преступлений, в том числе, по которым лица, их совершившие не установлены. На уровне МВД, и главков разных уровней она создается также для оказания методической и практической помощи подчиненным органам.

Совместная следственно-оперативная группа (бригада) - для расследования и раскрытия тяжких и особо тяжких преступлений, в том числе совершенных организованными преступными группами, либо для расследования сложного уголовного дела с большим объемом работы. В состав группы (бригады) могут включаться по согласованию сотрудники органов прокуратуры, федеральной службы безопасности, Федеральной службы налоговой полиции.

В юридической литературе существует несколько различных, но вполне обоснованных взглядов на указанную классификацию следственно-оперативных групп.

Так Цоколов И.А. (2001) выделяет два вида временных организационных формирований, создаваемых для расследования преступлений - следственная группа (бригада) и следственно-оперативная группа [5]. При этом под следственной группой (бригадой) подразумевается «основанное на законе временное организационное формирование, созданное для расследования конкретного уголовного в целях быстрого и полного раскрытия и расследования преступлений, состоящее из нескольких следователей, один из которых принимает дело к своему производству и руководит действиями других следователей». А следственно-оперативная группа - «это основанное на законе и ведомственных нормативных правовых актах временное организационное формирование, состоящее из следователя (следователей), сотрудников оперативных аппаратов, субъектов оперативно-розыскной деятельности и иных специалистов, возглавляемое следователем и создаваемое для оптимальной организации деятельности по раскрытию и расследованию преступления».

Зеленский В.Д. (1991) во главу угла ставит функциональное предназначение группы, то есть, то за чем мы ее создали и чем конкретно она будет заниматься. Он делит все следственно-оперативные группы на собственно таковые, предназначенные для проведения всего расследования, и временные организационные формирования, создаваемые для осмотров мест происшествий,

неотложных первоначальных следственных действий [2].

В самом же УПК РФ присутствует только термин «следственная группа». Исходя из смысла статьи, регламентирующей производство предварительного следствия следственной группой, таковой можно считать группу, создаваемую для производства предварительного следствия по сложному или объемному уголовному делу, в которую входит два следователя и более (ст. 163 УПК РФ). То есть, речь здесь идет именно о бригадном методе расследования.

Следственная группа является временным процессуальным формированием, ее деятельность строится на нормах уголовно-процессуального законодательства, а основные положения регламентируются им же (ст. 163 УПК РФ).

Интересен тот факт, что специалист, особенно в области судебной медицины, как будто и не существует. Нигде во внутриведомственных актах МВД России и Генеральной Прокуратуры Российской Федерации не упоминается об организационных формах его привлечения и участия. Тогда как действия, например специалиста-криминалиста при прибытии на место происшествия регламентированы приказом МВД России № 334 [3].

Таким образом, все многообразие групп, создание которых регламентируется различными внутриведомственными документами, можно свести к двум формированиям – следственные группы (бригады) и оперативно-следственные группы. При организации расследования внутри бригад вполне могут складываться следственно-оперативные группы, но это не может привести к путанице или внести элемент дезорганизации, так как процессуально это разные формы, их организация и особенности взаимодействия внутри них четко разграничены. Организация группы и взаимодействие ее участников проистекает именно из ее процессуальной природы. Особенности организационных форм привлечения специалиста в области судебной медицины напрямую зависят от организационной формы расследования.

Следственно-оперативной груп-

пой можно считать временное формирование, не имеющее процессуального статуса и созданное для раскрытия и расследования преступлений. Ее основное предназначение – рационально использовать процессуальные возможности всех субъектов уголовного процесса для максимализации результативности проводимого расследования или отдельного следственного действия. Она может организовываться как для проведения расследования уголовного дела, так и для проведения отдельных следственных действий. Специалист, в том числе специалист в области судебной медицины, обычно является участником следственно-оперативной группы, но последний задействуется в осмотре только при обнаружении трупа.

Рассмотрим подробнее две формы следственно-оперативных групп: дежурная следственно-оперативная группа и следственно-оперативная группа по расследованию уголовного дела.

Одним из документов, регламентирующим взаимодействие в расследовании и раскрытии преступлений до возбуждения уголовного дела является приказ МВД России № 334, в котором среди прочего говорится и о дежурной следственно-оперативной группе. Ее задача – обеспечить немедленное реагирование на сообщения о преступлениях, производство неотложных следственных действий и оперативно-розыскных мероприятий по «горячим следам». Она формируется в составе следователя, сотрудников оперативных и экспертно-криминалистических подразделений, кинолога и иных лиц, куда относится и специалист в области судебной медицины. Количество групп, график их работы и отдыха определяет начальник органа внутренних дел исходя из штатной численности и оперативной обстановки, с учетом требований действующих нормативных актов.

Решение о создании следственно-оперативной группы по расследованию конкретного уголовного дела принимается руководителями аппаратов следствия и оперативных подразделений, и оформляется приказом начальника соответствующего органа внутренних дел. руководи-

телем группы назначается следователь, принявший дело к производству. Если в группу включаются несколько оперативных работников, один из них назначается старшим. Изменения в составе группы могут быть произведены лишь начальником, издавшим приказ о ее создании, по согласованию с руководителем следственно-оперативной группы. Решение о расформировании следственно-оперативной группы по предложению ее руководителя принимает начальник, ее создавший, или вышестоящий руководитель.

Отношения между участниками следственно-оперативных групп строятся на основании их процессуальных прав и полномочий. Так за следователем естественно сохраняется руководящая роль. Согласно приказу МВД России № 334, руководитель любой следственно-оперативной группы (каковым считается следователь), помимо личного участия в производстве следственных действий, определяет направление расследования и его планирование, распределяет работу между участниками группы и координирует их действия, осуществляет организационное обеспечение и контроль исполнения, знакомится с относящимися к делу оперативными материалами и лично отвечает за надлежащее их использование и легализацию процессуальным путем.

К сожалению практики включения судебно-медицинских экспертов в такие группы не существует. Причина этого, скорее всего, в отсутствии межведомственного взаимодействия. Действительно, на каком основании начальник органа внутренних дел или следственного управления при прокуратуре Российской Федерации будет включать в состав группы судебно-медицинского эксперта, если административной власти над ним он не имеет, а межведомственных приказов, предусматривающих это не существует.

Казалось бы, проще должно быть с привлечением судебно-медицинского эксперта к организационной форме расследования, предусмотренной уголовно-процессуальным зако-

нодательством, которой является следственно-оперативная группа.

По сложным уголовным делам или делам большого объема производство предварительного следствия может быть поручено следственной группе (бригаде), состоящей из двух и более следователей. Производство следствия по делу несколькими следователями регулируется ст. 163 УПК РФ.

По количеству следователей бригады подразделяются на:

а) «супербригады» (насчитывающие подчас 100 и более следователей), часто формирующиеся для расследования по очень объемным и сложным уголовным делам с большим количеством эпизодов и виновных;

б) бригады большой численности (включающие в себя несколько десятков следователей, формирующиеся для расследования крупных и сложных дел, но при несколько меньшем числе направлений преступной деятельности;

в) бригады средней численности (имеющие порядка 10-20 следователей), обычно формирующиеся для расследования дел о тяжких преступлениях против жизни и здоровья граждан; о многоэпизодных имущественных преступлениях; о преступных нарушениях правил безопасности, повлекших крупные катастрофы и т.п.

г) бригады малого состава (обычно из 2-5 человек), формирующиеся, как правило, для расследования дел с небольшим количеством эпизодов или даже с одним, но требующим выполнения значительного объема сложной работы.

По ведомственному признаку различают однородные бригады (из следователей одного правоохранительного ведомства) и смешанные (из следователей нескольких ведомств).

При необходимости привлечения большого числа следователей для кратковременного выполнения значительного объема работы по расследованию преступлений на практике встречается случаи временного включения следователей в состав бригады. Это может быть вызвано необходимостью проведения трудоемких, охватывающих огромную площадь места происшествий,

допросов многочисленных пострадавших, очевидцев и других свидетелей (например, в случае крупных катастроф); для одновременного проведения значительного количества обысков (например, по делам о хищениях) и т.п.

Структура «суперпригад» и бригад большой численности включает обычно следующие элементы:

а) применительно к направлениям расследуемой деятельности в бригаде создаются группы, возглавляемые их руководителями;

б) применительно к эпизодам на каждое из направлений преступной деятельности группы делятся на подгруппы (иногда тот или иной эпизод либо совокупность нескольких эпизодов закрепляются за одним из следователей, подчиненным руководителю группы либо бригады);

в) в необходимых случаях создаются функциональные группы, осуществляющие определенные виды деятельности, с частности, штабную работу (штаб бригады), осмотры и предварительные исследования вещественных доказательств, подготовку и назначение экспертиз, обеспечение информации информацией членов бригады;

г) в группах «супербригад» иногда создаются функциональные подгруппы, но чаще для этого выделяются отдельные следователи, например следователи-координаторы по взаимодействию с органами дознания.

Для многих бригад среднего численного состава характерна следующая структура:

а) бригада разделяется на несколько групп, каждой из которых поручается расследование определенных эпизодов преступной деятельности;

б) практикуется также поручение отдельным следователям расследование одного или нескольких эпизодов с подчинением их руководителю бригады;

в) при необходимости выделяют следователи для выполнения тех или иных специальных функций, в частности, штабной работы.

В бригадах малого численного состава к разделению на группы, как правило, не прибегают, закрепляя за следователями один или несколько эпизодов преступлений,

либо поручают работу с определенными обвиняемыми.

Обращает на себя внимание, что опять же нигде не упоминается о возможности привлечения в состав следственной группы специалиста в области судебной медицины.

Однако в настоящее время в литературе все чаще ставится вопрос о необходимости привлечения на постоянной основе в состав, как следственной группы, так и следственно-оперативной группы, создаваемых для раскрытия и расследования многоэпизодных убийств, специалиста в области судебной медицины [2]. Один и тот же специалист сможет лучше выявить характерные особенности способы совершения убийств, проследить динамику его изменения. По такому пути идет французская полиция, где для раскрытия серийных убийств создаются группы, куда входят следователи прокуратуры, полицейские офицеры, специалисты в области криминалистики, иные специалисты и обязательно судебно-медицинские эксперты.

Закключение.

Таким образом, организационные и правовые основы участия судебно-медицинского эксперта в осмотре места происшествия требуют совершенствования. Проведенные исследования показывают, что основной проблемой является отсутствие межведомственного взаимодействия, как на научной, так и правовой основе. До сих пор действия следователей, оперативных сотрудников, судебных медиков при осмотре мест происшествий регламентируются разрозненными противоречащими друг другу ведомственными нормативными правовыми актами [3, 4]. Оптимальным является разработка совместного приказа МВД России, Генпрокуратуры России, Минздрава России, регламентирующего действия всех участников осмотра места происшествия, а также принципы и порядок формирования следственных бригад и следственно-оперативных групп.

Дискутабельным можно считать вопрос организации периодических совместных межведомственных совещаний или комитета посвященного решению задач, сопряженных

с расследованием сложных убийств либо случаев смертей в условиях неочевидности ненасильственной смерти с введением в состав руководителей различных подразделений МВД, прокуратуры, а также руководителей структурных подразделений региональных Бюро СМЭ РФ.

Использованные источники:

1. Зеленский В.Д. Криминалистические проблемы организации расследования преступлений: автореф. дис. ... доктора юр. наук. - М., 1991. - С.34.

2. Исаева Л.М., Нестерова В.В., Прокофьев О.И. Методика составления психоло-криминалистического портрета по тяжким преступлениям против личности // в Сб. Психологические аспекты в деятельности органов внутренних дел – М.: ВНИИ МВД России, 2009.

3. Приказ МВД РФ от 20 июня 1996 г. № 334 «Об утверждении Инструкции по организации взаимодействия подразделений и служб

внутренних дел в расследовании и раскрытии преступлений» (с изменениями от 13 февраля 1997 г., 18 января 1999 г.).

4. Приказ Минздрава РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

5. Цоколов И.А. Процессуальные и криминалистические особенности расследования преступлений следственной и следственно-оперативной группой: автореф. дис. ... доктора юр. наук. - М., 2001. - С.14.

ПОДПИСКА

Уважаемые коллеги!

Мы рады сообщить о начале подписной кампании на 2011 год.

2011 год – год значительных изменений в сфере здравоохранения, особенно в вопросах организации, управления, финансирования. Наши издания всегда были направлены на то, чтобы помочь Вам легко ориентироваться в текущей ситуации, получать и эффективно использовать на практике новые знания. И в новом году мы будем верны этому подходу.

В период, когда экономика оправляется от мирового финансового кризиса, мы нашли резервы и возможности не только сохранить цену подписки на уровне прошлого года, но и предусмотрели возможность подписки по более низкой цене.

С 15 октября по 31 декабря 2010 года на **журнал «Медицинская экспертиза и право»** будут действительны следующие подписные цены - при подписке на:

1-3 комплекта включительно – **4500 рублей** за один комплект,

4-9 комплектов включительно – **3600 рублей** за один комплект,

10 комплектов и больше – **2700 рублей** за один комплект.

Указанные подписные цены действуют при:

- 1) Оформлении подписки через редакцию
- 2) Оплате единым платежом за все экземпляры
- 3) Едином адресе доставки всех экземпляров

Возможно оформление подписки для группы физических лиц по предварительной заявке и при соблюдении вышеперечисленных условий.

По всем вопросам оформления подписки с учетом скидок и оформления необходимых документов, можно связаться с редакцией по электронной почте jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru или по телефону (495) 618-00-81.

Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.16, к.2

Тел./факс (495) 618-00-81

E-mail: jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru

ПРОБЛЕМА

С.В.Кузнецов, И.А.Толмачев

УСТАНОВЛЕНИЕ СВОЙСТВ КЛИНКА ОСТРОГО ПРЕДМЕТА ПО КОНТАКТНЫМ СЛЕДАМ КРОВИ

В статье рассматривается проблема повышения эффективности медико-криминалистической экспертизы следов крови по их морфометрическим параметрам. В результате исследования повторений выявленных в следе признаков предлагаются высокоинформативные дифференциально-диагностические алгоритмы определения конкретного механизма обтирания, а также свойств примененного для этого клинка острого предмета. Полученные данные служат объективными критериями для решения вопросов о факте контактного взаимодействия окровавленного клинка острого предмета с материалом предмета окружающей обстановки места происшествия, механизме этого взаимодействия и возможности установления по образованным следам общих и частных признаков примененного клинка острого предмета

Ключевые слова: факт контактного взаимодействия, объект места происшествия, контактные следы крови, свойства клинка острого предмета, тип обтирания

Н а сегодняшний день мазкам крови как источнику доказательной информации по сравнению с другими следами уделяется недостаточное внимание, что обусловлено их малой изученностью [1, 2, 3]. Особое значение на наш взгляд имеют случаи, когда отсутствует объект (повреждение), а имеется лишь след, образованный в результате контактного взаимодействия клинка острого орудия, опачканного кровью, с предметом обстановки места происшествия.

Исследование предпринято с целью изучения механоморфогенеза и выявления особенностей мазков крови на текстильных материалах, которые позволяли бы производить диагностику свойств клинков острых предметов, примененных для следообразования.

Реализация поставленной цели осуществлялась в два этапа.

На первом – изучали механизмы обтирания опачканных кровью клинков острых предметов о текстильные материалы. Для этого была смоделирована «место происшествия» с различными объектами обстановки для использования в качестве материала для обтирания. Затем был произведен эксперимент с привлечением в качестве респондентов выборки из 100 человек различных профессий, пола, возраста, рода деятельности и социального

положения. Данным лицам предлагалось нанести условное повреждение на манекене одним из четырех острых предметов. Далее, опачканным кровью клинком этого острого предмета, произвести обтирание любым способом о любой объект обстановки.

В итоге на первом этапе были выявлены следующие варианты механизма образования мазков крови, полученных в результате обтирания клинков острых предметов об объекты места происшествия: первый тип обтирания – «кистевой» с извлечением клинка из зажатой кистью ткани по длиннику клинка; второй тип обтирания – «кистевой» с извлечением клинка из зажатой кистью ткани поперек длинника клинка; третий тип обтирания – без удержания кистью клинка, посредством обтирания его об ткань по длиннику клинка; четвертый тип обтирания – без удержания кистью клинка, посредством обтирания его об ткань поперек длинника клинка; пятый тип обтирания – без удержания кистью клинка, посредством разномановитных многократных его обтираний скомканной тканью.

На втором этапе опытным путем получено и исследовано 480 мазков крови, образованных выявленными типами обтирания, с применением в качестве следообразующих предметов различных острых орудий.

Диагностика типа обтирания основывалась на выявлении так называемого «затупленного» края – наиболее нечеткого края в следе, свидетельствующего о завершении обтирания [4], а также на факте убывания интенсивности пятна, которое происходит по направлению от наиболее четкого края к «затупленному», что указывает на направление движения окровавленного предмета при следообразовании [1]. Данные признаки являлись постоянными и устойчивыми и находили свое отражение в мазках крови, полученных любым из пяти выявленных типов обтирания.

С целью объективизации процесса дифференциальной диагностики типа обтирания был применен метод многомерной статистики – дискриминантный анализ, который позволяет повысить точность решения диагностических задач. В результате чего, независимо от примененного острого предмета выявлена общая закономерность, заключающаяся в практически полном перекрытии «облаков» наблюдений опытов первого типа обтирания с третьим и опытов второго типа обтирания с четвертым, при одновременном отсутствии такого перекрытия у опытов пятого типа обтирания с опытами всех остальных типов.

В ходе эксперимента было уста-

новлено, что наибольшее значение для определения клинка острого предмета, оставившего мазок крови, имеет такой признак, как отображение в следе угла острия клинка. Это обусловлено, прежде всего, тем, что обнаружение данного параметра в контактном следе происходит достаточно часто.

Далее для установления среднего значения отображений в мазке крови угла острия клинка острого предмета, и расчета доверительных интервалов принятия этого значения применялся метод описательной статистики. Для этого исследовались мазки крови, в которых представлялось возможным измерение отображения угла острия следообразующего острого предмета.

В целом процент выявления отображений угла острия в мазках крови, образованных от различных видов острых предметов, различался незначительно. Его значение находилось в диапазоне от 49,1% до 57,5%. Однако, обращает на себя внимание редкость выявления отображений угла острия в случаях применения пятого типа обтирания (всего 2 случая из 600 опытов – 0,3%). За исключением этого типа обтирания, во всех остальных четырех типах обтирания количество случаев выявления отображений угла острия было значительно большим (55,0%).

В результате применения метода описательной статистики, получены 95% доверительные интервалы принятия значения угла острия искомого следообразующего острого предмета по значениям отображений угла острия его клинка в мазке крови. Таким образом, можно заключить, что по экспериментальным данным погрешность определения угла

острия следообразующего острого предмета по оставленному им следу составляет:

- для мазков, образованных первым и третьим типом обтирания $\pm 3,5^\circ$;
- для мазков, образованных вторым и четвертым типом обтирания $\pm 8,0^\circ$.

Для определения по мазку крови таких параметров клинка острого предмета, как его длина и ширина, необходимо упомянуть, что, в отличие от общепринятых параметров клинка острого предмета, «длиной» в каждой из части контактного следа крови было решено обозначать параметр, начинающийся наиболее четким краем и имеющий направление по убыванию выраженности цвета крови, что соответственно отличалось у следов крови полученных первым и третьим типами обтирания от следов, полученных вторым и четвертым.

В случаях установления первого либо третьего типов обтирания процесс следообразования происходит по длиннику клинка. Во всех опытах данной группы было установлено, что независимо от примененного острого предмета максимальная ширина каждой из частей мазка была не более максимальной ширины оставившего этот мазок клинка. Следовательно, в случаях, когда определено что механизмом образования мазка крови являлся либо первый, либо третий тип обтирания можно сделать вывод, что максимальная ширина клинка следообразующего острого предмета была не менее максимальной ширины меньшей из частей мазка, либо равна ей.

В случаях установления второго либо четвертого типов обтирания

процесс следообразования происходит поперек длинника клинка. Во всех опытах данной группы было установлено, что независимо от примененного острого предмета максимальная ширина каждой из частей мазка была не более максимальной длины, оставившего этот мазок клинка. Следовательно, в случаях, когда определено что механизмом образования мазка крови являлся либо второй, либо четвертый тип обтирания можно сделать вывод, что максимальная длина клинка следообразующего острого предмета была не менее максимальной ширины меньшей из частей мазка, либо равна ей.

В случаях пятого типа обтирания ни в одном из опытов доподлинно не удалось определить взаимосвязь длины и ширины мазка крови с аналогичными параметрами клинка следообразующего острого предмета.

Список литературы.

1. Назаров Г.Н. Медико-криминалистическое исследование следов крови / Г.Н. Назаров, Г.А. Пашиян. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2003. – 258 с.
2. Рассейкин Д.П. Осмотр места происшествия и трупа при расследовании убийств / Д.П. Рассейкин. – Саратов: Приволжское книжное издательство, 1967. – 152 с.
3. Туманов А.К. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств / А.К. Туманов. – М.: Госюриздат, 1961. – 580 с.
4. Gee D.J. Lecture notes on forensic medicine / D.J. Gee. – Oxford etc.: Blackwell Scientific Publications, 1984. – 231 p.

27-28 октября 2010 г. в Москве прошла **4-я ежегодная конференция «Философские проблемы биологии и медицины: фундаментальное и прикладное»**, организованная Московским государственным медико-стоматологическим университетом и Московским философским обществом.

На данной конференции судебными медиками были представлены следующие доклады:

1. Е.Х.Баринов, Н.Е.Добровольская, П.О.Ромодановский «Врачебная ошибка и отношение к ней врача: история и современность».
2. Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский «Криминальная антропология и развитие нового направления судебной медицины».

ПРОБЛЕМА

В.Н.Коротун, В.В.Лесников

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ КРИТЕРИЕВ ПОСТМОРТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОТСРОЧЕННОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБЪЕКТОВ

Показана необходимость разработки критериев, позволяющих проводить постмортальную диагностику алкогольной интоксикации в случаях отсроченных судебно-химических исследований изолированного трупного материала при хранении его в условиях пониженной температуры

Ключевые слова: алкогольная интоксикация, условия и сроки хранения крови, постмортальная оценка концентрации этанола

При производстве судебно-медицинских экспертиз трупов в большинстве случаев возникает необходимость решения вопросов, связанных с оценкой алкогольной интоксикации. Возможности судебно-медицинской экспертизы позволяют установить факт употребления умершим перед смертью алкоголя, его концентрацию, фазу и вероятную степень алкогольного опьянения, что имеет важное значение как для расследования обстоятельств гибели людей от различных видов насильственной смерти, так и для оценки влияния этанола на наступление смерти от заболеваний. Традиционными объектами судебно-химического исследования на наличие и содержание этилового спирта являются кровь и моча. При этом принято считать, что наиболее информативным объектом для оценки алкогольной интоксикации является кровь.

Высокая точность исследования методом газожидкостной хроматографии биологических объектов, при имеющейся на сегодняшний день научной и нормативной базе, позволяет судебно-медицинскому эксперту объективно и квалифицированно решать вопросы, связанные с оценкой алкогольной интоксикации. Вместе с тем это касается лишь экспертиз, в ходе производства которых имеется возможность проведения химического исследования трупного материала на нали-

чие и концентрацию этанола непосредственно после вскрытия.

Проведенное в Пермском краевом бюро судебно-медицинской экспертизы в рамках «Программы организации контроля экспертной деятельности в структурных подразделениях» изучение сроков доставки из районных судебно-медицинских отделений трупного материала для судебно-химического исследования на алкоголь показало, что сроки доставки варьируют в широких пределах и составляют от нескольких дней до 2 - 3 недель. При указанных обстоятельствах формальный подход к трактовке полученных результатов может привести к ошибкам в решении вопросов, связанных с оценкой премортального алкогольного опьянения. В первую очередь это связано с возможностью изменения концентрации этанола как в трупе, так и в трупных объектах при их хранении. Работами ряда авторов доказано, что процессы микробного брожения в крови и моче идут практически всегда как в трупе, так и в изъятых из трупа объектах. Указанные процессы обуславливают новообразование алкоголя в крови и моче в постмортальном периоде [1,3,8,10]. Однако, в зависимости от упаковки и условий хранения, вследствие процессов окисления и диффузии может происходить и снижение концентрации этанола в объектах, изначально содержащих этанол. [6,7,9].

Особого внимания требуют случаи исследования крови и мочи от трупов лиц, у которых при жизни отмечались нарушения углеводного обмена, например у людей страдавших сахарным диабетом, беременных или детей. В указанных случаях процессы новообразования этилового алкоголя в трупном материале могут идти более интенсивно, что связано с возможным повышенным содержанием глюкозы в крови и моче [1,4,6].

Для замедления метаболических процессов объекты, взятые для судебно-химического исследования на алкоголь, рекомендуются хранить в холодильнике. Однако следует отметить, что хранение жидкостей биологического происхождения даже в условиях общей камеры холодильника (температура +4° - +6°C) не исключает возможности изменения концентрации в них этанола [3].

С учетом изложенного выше, с целью анализа качества судебно-медицинских экспертиз и проводимой при этом оценки алкогольной интоксикации, нами было изучено 1090 заключений экспертов, при производстве которых объекты для определения наличия и содержания этилового алкоголя доставлялись в судебно-химическое отделение бюро из районных отделений через 7 и более суток от момента секции трупа. В каждом случае, помимо сроков хранения и доставки объ-

ектов, учитывалось прошедшее с момента смерти до секции трупа время, выраженность трупных явлений, а также причина наступления смерти.

Проведенный анализ показал, что в большинстве случаев, выводы экспертов по вопросам, касающимся алкогольной интоксикации, базируются на результатах судебно-химического исследования на этанол крови и мочи, без учета возможности изменения исходной концентрации этанола в исследуемых объектах. Нередко для исследования на алкоголь изымается только кровь, что лишает возможности определения фазы алкогольной интоксикации. Крайне редко производится забор альтернативных крови объектов исследования (синовиальная жидкость, ликвор, стекловидное тело, мышечная ткань), использование которых дает возможность более объективно и достоверно проводить диагностику алкогольной интоксикации [5,8]. Вместе с тем необходимо указать, что имеются и объективные причины, в силу которых эксперты придерживаются формального подхода при оценке результатов отсроченных судебно-химических исследований биологических объектов на алкоголь.

Несмотря на большое количество работ, посвященных исследованию динамики концентрации этанола в биологических объектах при их хранении, до настоящего времени не разработаны единые критерии, позволяющие эксперту проводить оценку алкогольной интоксикации с учетом длительности и температуры хранения объектов. В сложившейся

ситуации, при исследовании крови (или других биологических объектов) через несколько или более суток после аутопсии судебно-медицинские эксперты вынуждены либо формально трактовать полученные результаты, либо обоснованно отказываться от решения вопроса о факте и степени предшествующего смерти алкогольного опьянения. Такой подход к диагностике алкогольной интоксикации не отвечает требованиям, предъявляемым к судебно-медицинской экспертизе трупа, и не может в полной мере отвечать потребностям судебно-следственных органов.

Изложенное выше показывает, что для повышения качества экспертиз, связанных с оценкой алкогольной интоксикации, необходимо разработать критерии, позволяющие проводить диагностику алкогольного опьянения в случаях отсроченных судебно-химических исследований изолированного трупного материала. В связи с этим нами проводятся исследования динамики концентрации этанола в трупной крови при хранении ее в условиях пониженной температуры.

Использованные источники:

1. Галицкий Ф.А. О возможности образования этанола в моче. // Судебно-медицинская экспертиза. – 1988. – № 2. – С. 39 – 41.
2. Галицкий Ф.А. Ретроспективная оценка количественного содержания этанола в моче больных сахарным диабетом. // Судебно-медицинская экспертиза. – 1985. – Т. 28. – № 3. – С. 53 – 54.
3. Галицкий Ф.А. Экспертная оценка образования этанола в био-

логических объектах. Акмола. – 1997. – 79с.

4. Галицкий Ф.А., Солнцева В.М., Абдуалиев А.С., Кашенцев Н.Б. О возможности образования этанола в моче беременных и его судебно-медицинское значение. // Материалы Второго Всероссийского съезда судебных медиков. - Иркутск – М., – 1987. – С 204 – 206.

5. Зороастров О.М. Экспертиза острой смертельной алкогольной интоксикации при исследовании трупа. Тюмень: издательство Тюменского гос. университета. – 2003. – 176 с.

6. Карандаев И.С. Влияние условий хранения и упаковки на количественное содержание алкоголя в объектах судебно-медицинской экспертизы. // Сборник научно-практических трудов. – Петрозаводск. – 1962. – Вып.1. – С. 100 – 103.

7. Коротун В.Н. Новообразование этанола в синовиальной жидкости и крови при их хранении. // Проблемы экспертизы в медицине. – 2007. – № 2. – С. 46 – 47.

8. Коротун В.Н. Судебно-медицинская диагностика алкогольной интоксикации исследованием синовиальной жидкости в постмортальном периоде: дис. ... канд. мед. наук. – М., – 2008. – 172 с.

9. Семьянов В.В. Об изменении содержания этилового спирта в крови живых лиц. // Современные вопросы судебной медицины и практики. Ижевск: Экспертиза. – 1998. – вып. X. – С. 98 – 99.

10. Хохлов В.В. Судебная медицина: Руководство. – изд. 3-е перераб. и доп. – Смоленск, – 2010. – 992 с.

25 ноября 2010 г. в Москве, в Московском государственном медико-стоматологическом университете, на кафедре истории медицины прошла **IV Всероссийская конференция с международным участием «История стоматологии»**, чтения, посвященные памяти профессора Г.Н.Троянского.

На данной конференции судебными медиками были представлены следующие доклады:

1. Е.Х.Баринов, Е.Н.Добровольская, П.О.Ромодановский «Врачи-стоматологи и «врачебные дела» в первой половине XX столетия».
2. Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский «Врачи-стоматологи и «случайные» экспертизы».
3. Е.Х.Баринов «И.-Я. Пленк и стоматология».
4. Н.Е.Добровольская, Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский, А.В.Тихомиров «Изучение дефектов оказания медицинской помощи – одно из научных направлений судебной стоматологии».
5. В.Ю.Назаров «Ф.И.Важинский – страницы биографии».

ПРОБЛЕМА

Л.М. Сабурин, О.Г. Якушева, М.В. Теплухина

СОДЕРЖИМОЕ КОСТНОГО КАНАЛА ФРАГМЕНТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КАК ОБЪЕКТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПОВ ГАПТОГЛОБИНА И ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПО ДНК

Для идентификации личности при работе со следами на вещественных доказательствах в качестве образцов доставляются кровь, а в случае отсутствия в теле трупа жидкой крови (гнилостные изменения, воздействие высоких и низких температур и т.д.) — доставляются фрагменты костной ткани, обычно — трубчатых костей. До настоящего времени исследовалось лишь компактное вещество костной ткани. Нами разработан способ использования содержимого костного канала трубчатых костей для определения типов гаптоглобина и молекулярно-генетических исследований по общепринятым методикам, применяемым для исследований крови. Таким образом, при поступлении в качестве образца костной ткани, данный способ позволяет дифференцировать следы крови по системе гаптоглобина и идентифицировать личность при молекулярно-генетических исследованиях.

Ключевые слова: содержимое костных каналов, типы гаптоглобина, идентификация личности по ДНК

При проведении судебно-биологических экспертиз для решения идентификационных задач проводятся многочисленные исследования следов крови. Как правило, исследования начинаются с определения групповой принадлежности по системе АВО, и при одноклассности проходящих по делу лиц проводится дифференцирование крови по иным системам, в том числе по типам гаптоглобина (Hr).

Гаптоглобин — гликопротеин плазмы крови, специфически связывающий гемоглобин, синтезируется в печени. Одним из важных свойств Hr является его способность связывать гемоглобин в плазме с образованием комплекса Hr-Hb. [2] В физиологических условиях комплекс Hr-Hb поступает в ткани системы мононуклеарных фагоцитов, где весь комплекс разрушается (тканевые макрофаги и их предшественники — моноциты, промоноциты и монобласты — образуют систему мононуклеарных фагоцитов, особенно богаты этими клетками селезенка, печень, костный мозг и легкие). [1]

Определение типов гаптоглобина проводится методом вертикального электрофореза в ПААГ. [2]

Для судебно-медицинского молекулярно-генетического исследования крови и компактного вещества костной ткани производится выделение хромосомной ДНК по общепринятым методикам.

Для молекулярно-генетических исследований костной ткани на первом этапе производится обработка костных фрагментов: очистка от остатков костного мозга, мышечных тканей и сухожилий и обработка пергидролем и высушивание материала на марлевых тампонах. Затем, с помощью мельницы, следует дробление и помол костных осколков. Эта стадия является очень важной, так как эффективность экстракции ДНК обратно пропорциональна размеру частиц костной пыли. Затем следует процесс выделения ДНК из костной ткани. После измельчения идет процесс выделения ДНК с помощью метода очистки фенолбутанолхлороформной экстракции и далее следует обычное исследование выделенной ДНК. [3]

Если в теле трупа отсутствует жидкая кровь (гнилостные изменения, воздействие высоких и низких температур и т.д.) в качестве образцов доставляются фрагменты костной ткани, исследование кото-

рых связано с большими трудностями, и кроме того оно ограничивается изучением лишь одной системы — АВО. Молекулярно-генетическое исследование также достаточно трудоемкое по своему техническому исполнению.

Структурной единицей кости является остеон, т.е. система костных пластинок, концентрически расположенных вокруг центрального канала. Из остеонов состоят более крупные элементы кости — трабекулы. Из этих трабекул складывается двоякого рода костное вещество: если трабекулы лежат плотно, то образуется плотное компактное вещество, если трабекулы лежат рыхло, образуя между собой костные ячейки, то формируется губчатое вещество. Костные ячейки содержат костный мозг — орган кроветворения. В трубчатых костях костный мозг находится также в канале этих костей, называемом костномозговой полостью. [1]

Для изучения содержимого каналов фрагментов трубчатых костей с внутренней поверхности костей делаются соскобы, в части которых высокочувствительным методом люминесцентной микроскопии было установлено наличие крови.

При цитологическом исследовании в части препаратов были обнаружены клетки, морфологически похожие на эритроциты, клетки белой крови, макрофаги.

Было решено использовать содержимое костных каналов фрагментов в качестве образцов и исследовать общепринятыми методиками, применяемыми при работе с кровью. Предложенный материал в указанном качестве ранее не использовался.

На начальном этапе исследования костного мозга были выбраны следующие методы: установление типов гаптоглобина и молекулярно-генетические исследования на предмет выделения ДНК и определение половой принадлежности.

Исследуемый материал готовился следующим образом: делались соскобы с внутренней поверхности трубчатых костей, содержимое высушивалось на отрезке марлевого бинта, которое затем экстрагировалось в дистиллированной воде в течении 18 часов. Количество материала варьировало в зависимости от состояния вещества - содержимого костного канала (степень загнивания; количество извлеченного материала и т.д.) Тип гаптоглобина устанавливался методом вертикального электрофореза в ПААГ (рис. 1). Типы гаптоглобина были установлены в костях трупов, причина смерти которых не установлена из-за гнилостных изменений, промерзания и обгорания. Промежуток времени от момента смерти до поступления образцов костей в лабораторию составлял от нескольких суток до 6 месяцев.

При исследовании фрагментов костей скелетированных трупов положительных результатов получено не было.

Так как фрагменты костей поступают в лабораторию в основном в гнилостном состоянии, тип гаптоглобина следует определять сразу же после поступления. При этом содержимое костного канала не обязательно высушивать на отрезке марлевого бинта, а сразу заливать дистиллированной водой и экстрагировать в течение 18 часов при комнатной температуре, и далее проводить исследования, как описано выше. Вместе с тем, часть мате-

риала необходимо высушить для молекулярно-генетического исследования

При проведении молекулярно-генетического исследования из высушенного на марлевом бинте содержимого костного канала фрагментов трубчатых костей делались вырезки, заливались дистиллированной водой. Получение препаратов хромосомной ДНК проводили путем использования стандартных операционных процедур получения "килексных" лизатов. Для выделения использовали 200 мкл 5% суспензии хелатирующего реагента "Chelex - 100" (Bio-Rad, США), обрабатывая вырезки в течение 60 минут при 56 градусах С (в условиях термостата), затем при 100 градусах С (в условиях водяной бани) - 9 минут. Центрифугировали, надосадочную фракцию использовали в качестве матричного препарата ДНК для постановки полимеразной цепной реакции. Типирование полиморфных STR - локусов и анализ пол специфических вариантов (XX, XY) диморфного гена Амелогенина проводили в монолокусном формате с помощью полимеразной цепной реакции с использованием систем энзиматической амплификации локусов. Продукты полимеразной цепной реакции фракционировали электрофоретически в 8% ПААГ. При этом были получены положительные результаты.[4]

Пример №1: в лабораторию 14.10.08г. был доставлен фрагмент бедренной кости с остатками коленного сустава останков неизвестного человека, Причина смерти и пол не установлены из-за обгорания и отсутствия частей тела. Фрагмент кости - обожжен, на поверхности кости - гниль, плесень. Для исследования был сделан соскоб с внутренней стенки кости. В результате молекулярно-генетического исследования выделена ДНК мужской половой принадлежности.

Пример №2: 2.06.08г. в лабораторию был прислан фрагмент бедренной кости трупа неизвестного мужчины, 30-40 лет, обнаруженного на улице. Причина смерти не установлена из-за выраженного гниения. Дата смерти - 26-28.05.08г. Проведение исследований - декабрь 2008г. В процессе исследования

выделен препарат ДНК мужской половой принадлежности и установлены генотипические аллельные комбинации STR - локусов vWFI и TH01 (рис.2).

За период проведения нами исследований содержимого костных каналов трубчатых костей получено около 50% положительных результатов установления типов гаптоглобина и в 50% случаев выделена хромосомная ДНК, пригодная для дальнейшего идентификационного анализа.

Таким образом, в случае невозможности предоставления жидкой крови из трупов, подвергшихся воздействию внешней среды, в качестве образцов для решения вопросов идентификации возможно исследование содержимого костного канала в фрагментах трубчатых костей.

Данный способ дает следующие преимущества:

1) исследование содержимого костного канала позволяет дифференцировать по системе гаптоглобина следы крови на вещественных доказательствах.

2) молекулярно-генетическое исследование содержимого костного канала менее трудоемкое, подготовка материала менее затратная по времени и по количеству исследуемого материала по сравнению с молекулярно-генетическими исследованиями компактного вещества костной ткани. Кроме того, для выделения ДНК из компактного вещества костной ткани требуется дополнительное оснащение: пробирки объемом на 15мл, к ним соответствующая модель центрифуги, для измельчения костной ткани - мельница. Кроме того, при выделении ДНК из костной ткани применяются особо ядовитые растворы фенола и хлороформа.

Подводя итоги, необходимо отметить, что предложенный способ использования содержимого костных каналов трубчатых костей в качестве образца расширяет и упрощает возможность идентификации трупов и следов на вещественных доказательствах при невозможности получения образца жидкой крови трупа.

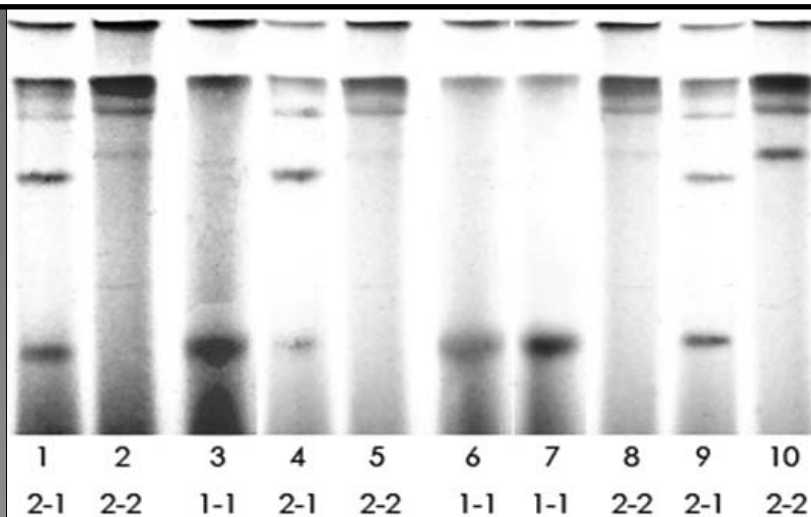


Рисунок 1.

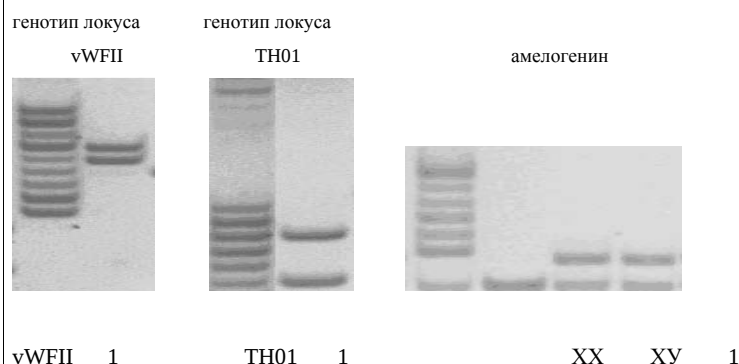


Рисунок 2.

Пояснения к рисункам:

Рис. 1: 1, 2, 3 – типы гаптоглобина образцов крови с заведомо известным типом Нр: соответственно – Нр2-1, Нр2-2 и Нр 1-1;

4-10 – содержимое костных каналов трубчатых костей:

4 – неизвестная женщина, предположительная дата смерти август 2008г., исследование - 3.09.08г., Нр 2-1; 5 – неизвестный мужчина, дата смерти 26.09.08г., исследование - 6.10.08г., Нр2-2; 6 – неизвестная женщины, предположительная дата смерти – август 2008г., исследование - 6.10.08г., Нр 1-1; 7 – неизвестный мужчина, дата смерти-11.08.08г., исследование-

3.09.08г., Нр1-1; 8 – неизвестный мужчина, обнаруженный в нежилом доме, в состоянии промерзания, дата смерти, предположительно – зима 2008г., исследование- 15.01.09г., Нр 2-2; 9 – неизвестный мужчина, дата смерти – предположительно февраль 2009г., исследование – 3.03.09г., Нр 2-1;

10 – неизвестный мужчина, дата смерти – декабрь 2008г., обнаружен в мае 2009г., исследование – 20.05.09г., Нр 2-2.

Рис. 2: 1 – содержимое костного канала трупа неизвестного мужчины; XX – женский генетический профиль; ХУ – мужской генетический профиль

Использованные источники:

1. Ю.И. Афанасьев, И.А. Юрина, «Гистология, цитология и эмбриология». «Медицина», М. 2002г.

2. Л.О. Барсегянц «Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств», «Медицина», Москва, 2005г.

3. А Ю Культин, И.В. Стороженко, М.Г. Пименов, С.А. Кондрашов «Криминалистическое исследование STR локусов ДНК костных останков человека в целях идентификации личности». М., 2004г.

4. Методические указания № 98/253 «Использование индивидуализирующих систем на основе полиморфизма длин амплифицированных фрагментов (ПДАФ) ДНК в судебно-медицинской экспертизе идентификации личности и установления родства» (утверждены Минздравом РФ 19.01.1999 г.).

ИССЛЕДОВАНИЕ

И.В. Ярема, В.М. Казарян, В.И. Нахаев, О.М. Новикова

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЯТРОГЕННОГО ОСТАВЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Оставление инородных тел в брюшной полости чаще всего происходит при неотложных оперативных вмешательствах и по разным данным составляет 73,9%. В отечественной литературе подобных описанных случаев немного, что затрудняет установление причин и мер их профилактики. Анализ двух клинических случаев показал, что причинами ятрогенных инородных тел являлось несоблюдение правил выполнения оперативных вмешательств, инструкции о порядке пересчета хирургического инструментария и перевязочных средств

Ключевые слова: инородное тело, «лечебно-технический» дефект, причинение вреда

Актуальность проблемы ятрогенных инородных тел в брюшной полости остается и в наши дни, что связано так же и с бурным развитием хирургии, увеличением количества и объема оперативных вмешательств.

В отечественной литературе подобных описанных случаев немного и они становятся достоянием гласности лишь в единичных наблюдениях, поскольку такая ошибка дискредитирует хирурга и представляет опасность не только здоровью, но и угрозу жизни больного. Более того, в нынешних условиях правового регулирования здравоохранения, наблюдается опасная тенденция о призыве привлечения к уголовной ответственности медицинских работников за врачебные ошибки. Следовательно, данное обстоятельство также является сдерживающим фактором передачи гласности такого рода недостатка, как ятрогенные инородные тела в брюшной полости.

Установление причин ятрогенных инородных тел и мерах его профилактики затруднен тем, что в литературе имеются лишь отдельные наблюдения со скудной информацией, на основании которой можно было бы сделать конкретные умозаключения. По данным некоторых авторов (3) чаще всего подобное происходило при неотложных оперативных вмешательствах и составляло 73,9%.

Симптоматика ятрогенных инородных тел брюшной полости весьма разнообразна, что усложняет их выявление и часто приводит к поздней диагностике и лечению. Как правило, инородное тело является находкой при повторных оперативных вмешательствах или при аутопсии.

Не решенными остаются вопросы хирургической тактики при выявлении инородных тел в брюшной полости. Разноречивость единой тактики лечения больных привела к формированию двух полярных точек зрения на лечение – от выжидательной тактики (2) до активного хирургического вмешательства (1).

Некоторые авторы (3) причины оставления инородных тел после оперативных вмешательств рассматривают по трем основным направлениям: причины, связанные с нерешенными или спорными вопросами медицинской науки; с дефектами организации медицинской помощи в лечебном учреждении; с недостаточностью подготовки и квалификации хирурга.

В последние десятилетия возрос интерес к правовой стороне этого вопроса. Проведенная правовая реформа в сфере здравоохранения, повышение правовой информированности населения привели к частым обращениям в судебные органы для компенсации морального и материального ущерба при допущении врачебной ошибки.

С целью изучения медицинских и правовых аспектов неблагоприятных исходов лечения при оставлении инородных тел в ургентной абдоминальной хирургии нами проведен анализ двух клинических случаев, комиссионных судебно-медицинских заключений после экстренных оперативных вмешательств.

Больной Ш. 56 лет (медицинская карта стационарного больного № 10543, 26822) госпитализирован в клинику по скорой помощи с клинической картиной острого калькулезного холецистита. В приемном отделении проводилось обследование. В биохимическом анализе крови выявлено повышение уровня общего билирубина до 28 мкмоль/л. Проводимое консервативное лечение в течение 8 часов без эффекта, в связи с чем больной был оперирован. Под общим обезболиванием выполнена лапароскопическая холецистэктомия их мини-доступа. Через двое суток после операции по дренажу отделилось около 200 мл желчи. На 4-е сутки при контрольном УЗИ брюшной полости выявлена жидкость в малом тазу и левом поддиафрагмальном пространстве. Проводилась ЭРХПГ, при которой выявлен резидуальный конкремент в просвете холедоха, нестабильность культи желчного пузыря. С учетом отсутствия явлений перитонита проводилось консервативное лечение и динамическое наблюдение.

ние. На следующее утро по дренажу из брюшной полости выделилось около одного литра желчи. В срочном порядке больной был оперирован. Выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости выявлена несостоятельность культи желчного пузыря, 500 мл желчи в подпеченочном пространстве, правом латеральном канале и малом тазу. Выполнялось прошивание культи пузырного протока, санация и дренирование брюшной полости. На 13-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии больной выписан из стационара на амбулаторное лечение. Но вскоре после выписки он дважды обращался в поликлинику по месту жительства с жалобами на частый жидкий стул. При УЗИ брюшной полости выявлено: «диффузные изменения в печени и поджелудочной железе». Выставлен диагноз «Постхолецистэктомический синдром?» и больной направлен в стационар. Пациент от предложенной госпитализации отказался. Через 4 месяца после операции в плановом порядке больной был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: «Хронический панкреатит, рецидивирующее течение, стадия обострения. Постхолецистэктомический синдром?». При повторном УЗИ брюшной полости выявлено умеренное увеличение правой доли печени. На следующий день после госпитализации больной жаловался на боли в горле, повышение температуры тела до 38,3 С. Дополнительно назначен ампиокс, но высокая температура тела продолжала сохраняться. Больной консультирован оториноларингологом в связи с подозрением на дифтерию гортаноглотки и рекомендована консультация инфекциониста. Осмотрен инфекционистом, установлен диагноз «микоз ротоглотки» и назначен дополнительно к проводимой терапии нистатин и орошение слизистой зева антисептиками. В дальнейшем состояние больного оставалось средней степени тяжести, с тенденцией к ухудшению. Больной консультирован проктологом. Выполнена колоноскопия, при которой патологических изменений толстой кишки не выявлено. С целью исключения лигатурного

свища назначены контрольные анализы крови, консультация хирурга (осмотр хирурга лишь через 12 суток после госпитализации). При контрольном анализе крови уровень гемоглобина снизился от 88 г/л до 70 г/л, СОЭ – 30 мм/ч, отсутствует лейкоцитоз и изменения в лейкоцитарной формуле. Больной осмотрен хирургом (на момент осмотра убедительных данных за острую хирургическую патологию нет). В условиях перевязочной удалена лигатура из старого послеоперационного рубца, наложена асептическая повязка. Учитывая клинко-лабораторные данные, было высказано предположение о наличии опухоли желудка. Рекомендована рентгеноскопия желудка и ЭГДС. При рентгеноскопии желудка патологии не выявлено. При ЭГДС «создается впечатление, что просвет желудка сдавливается извне». Было высказано подозрение на опухоль поперечной ободочной кишки. С целью исключения опухоли поперечно-ободочной кишки планировалась колоноскопия. Дообследование больного проводилось в условиях терапевтического стационара, без перевода в хирургическое отделение. Проводилось повторное УЗИ брюшной полости, при котором выявлены признаки динамической кишечной непроходимости. Больной переводится в хирургический стационар. На следующий день состояние пациента ухудшилось. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены горизонтальные уровни жидкости на широком основании. Установлен диагноз: «острая кишечная непроходимость, абсцесс брюшной полости?». При выполнении экстренной операции выявлен гнойный выпот в брюшной полости, множественные межпетельные спайки, инфильтрация стенки тонкой кишки. При разделении спаек вскрылись три межпетельных абсцесса объемом до 120 мл густого гноя, перфорации стенки тонкой кишки. После разделения спаек в этой области обнаружен дефект стенки тонкой кишки до 3 см в диаметре, пальпировалось образование - большая хирургическая салфетка, которая впоследствии была удалена. Участок кишки резецирован. Послеоперационный диагноз:

«Инородное тело тонкой кишки с множественными перфорациями ее стенки и формированием межпетельных абсцессов. Острая обтурационная кишечная непроходимость. Распространенный гнойный перитонит». В послеоперационном периоде проводилось интенсивное консервативное лечение в условиях отделения реанимации. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на фоне интоксикации, нарастания полиорганной недостаточности наступила смерть больного.

Анализ данного клинического случая показал, что медицинскими работниками было допущено множество ошибок в диагностике и лечении больного. Во-первых, при госпитализации в биохимическом анализе крови не были учтены повышение уровня общего билирубина и не проведено исследование желчевыводящих путей для выявления конкрементов в холедохе. Во-вторых, поздно диагностирован желчный перитонит и выбрана неверная тактика лечения (консервативное лечение в течение 2 суток, и после появления желчеистечения выполнение оперативного вмешательства). В-третьих, во время повторной операции в брюшной полости было оставлено инородное тело, что в дальнейшем привело к развитию тяжелых осложнений и необходимости еще одного хирургического вмешательства.

При повторной госпитализации в приемном отделении имела место недооценка тяжести состояния больного, не была проведена обзорная рентгенография брюшной полости и консультация хирурга, хотя с момента поступления имели место вздутие живота, боли в эпигастальной области, частый жидкий стул, похудание, повышение температуры тела, анемия. Тем более больной был ранее оперирован по поводу желчнокаменной болезни. Кроме того, не были проведены необходимые дополнительные методы исследования. Лишь через 2 недели больной был консультирован хирургом, который дал ошибочное заключение об отсутствии данных за острую хирургическую патологию. Ретроспективно создается впечатление, что хирургом не был проведен тщательный анализ непонятной

и стертой клинической картины. У него не возникло мысли о возможном инородном теле в брюшной полости, поскольку в анамнезе у больного было оперативное вмешательство и после выписки из стационара пациент обращался в поликлинику с жалобами на непонятные боли в животе и наличие жидкого стула. Эти обстоятельства явились причиной запоздалого хирургического вмешательства уже в худших условиях.

В заключении комиссионной судебно-медицинской экспертизы указано, что лечебно-диагностические недостатки в совокупности с тяжестью основного заболевания находятся в причинно-следственной связи с неблагоприятным исходом.

Какие причины могли быть в данном клиническом случае оставления салфетки в брюшной полости? Операция выполнялась опытным хирургом, в дневное время. Во время операции технических трудностей не было. Операционная сестра утверждает, что счет количества инструментов и перевязочного материала после операции проводился. Причину оставления инородного тела по данным допроса медицинских работников и медицинской документации установить не представлялось возможным.

Хотелось бы отметить, что в медицинской карте, в протоколе операции не указано на проведение счета салфеток и инструментов. А устное утверждение операционной сестры об этом вызывает лишь сомнение.

Приведем другой клинический случай. Больная М. 56 лет (медицинская карта стационарного больного № 1556) госпитализирована по скорой помощи с направительным диагнозом «острый холецистит» через 2,5 часа от начала заболевания. При объективном исследовании имела место клиническая картина перфорации полого органа, что было подтверждено рентгенологически – наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы. В экстренном порядке больная оперирована. На операции диагноз подтвердился, и было выполнено иссечение язвы с пилоропластикой по Джаду, двухсторонняя поддиафрагмальная стволовая ваготомия.

На 7-е сутки после операции сняты швы из операционной раны, заживление первичным натяжением. Но в связи с тяжелой сопутствующей терапевтической патологией больная была выписана из стационара лишь на 28-е сутки с момента госпитализации. Через неделю после выписки у пациентки сформировался свищ в верхней трети послеоперационного рубца. Проводились перевязки в течение 2-х недель, наступило заживление раны вторичным натяжением. Через месяц после заживления раны у больной появились боли в области послеоперационного рубца, левом подреберье, распирающие боли по всему животу, сухость и горечь во рту. Больная обращалась в поликлинику, где ей была предложена госпитализация в стационар. От предложенной госпитализации пациентка категорически отказалась. Через два месяца больная повторно обратилась к хирургу с жалобами на боли в животе, вздутие, неустойчивый стул. После осмотра хирургом дано заключение: «Состояние после СПВ с пилоропластикой, спаечная болезнь брюшной полости». Даны рекомендации, больная не госпитализирована. В последующем периодически беспокоили боли по всему животу, больше в левой половине, отрыжка, горечь во рту. Через 2,5 года после операции с подобными жалобами пациентка поступила на стационарное лечение. При пальпации живота в его левой половине, ближе к подреберью определялось плотное, болезненное образование до 5 см в диаметре, не спаянное с кожей. При УЗИ брюшной полости «выявлено объемное образование, по-видимому, забрюшинного пространства слева, кисты поджелудочной железы?». При КТ брюшной полости в левой ее половине обнаружено жидкостное образование размерами 10х11 см. Образование не имеет связи с окружающими органами и является, скорее всего, кистой брыжейки поперечной ободочной кишки. От предложенной операции больная категорически отказалась. После проведения симптоматического лечения и некоторого положительного эффекта пациентка выписана из стационара. Через год после выписки больная

повторно обратилась за медицинской помощью. При дообследовании было выявлено увеличение образования до 18 см в диаметре. Пациентка дала согласие на оперативное вмешательство. На операции в левом подреберье выявлено плотно-эластической консистенции напряженное образование до 15 см в диаметре, спаянное с передней брюшной стенкой и желудком по передней стенке в области большой кривизны. Образование удалено. При его вскрытии в полости сливкообразные гнойные массы и участок марли, в развернутом виде 65х45 см. Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 43 сутки больная была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

На основании судебно-медицинской экспертизы комиссия экспертов пришла к выводу, что отсутствие выраженной реакции со стороны организма на инородное тело (отсутствие характерных для воспалительного процесса изменений крови – ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево; повышение температуры тела) не позволили врачебному персоналу заподозрить инородное тело в зоне оперативного вмешательства. Оставленное в брюшной полости инородное тело причинило легкий вред здоровью.

Из подробного описания этих двух клинических случаев видно, что диагностика инородного тела в брюшной полости является чрезвычайно сложной задачей для клиницистов. Исходы оставления инородных тел могут быть разными. Согласно данным разных авторов (3,7), стерильные инородные тела инкапсулируются, инфицированные вызывают местный или общий воспалительный процесс. В первом случае инородное тело вызывало образование пролежней, множественные перфорации тонкой кишки, межпечельные абсцессы и перитонит в ранние сроки после операции. Во втором случае салфетка в брюшной полости инкапсулировалась и не вызвала выраженной реакции организма в течение трех лет, причинила лишь легкий вред здоровью.

Как уже было сказано, оставление инородных тел после оперативных

вмешательств является дефектом оказания медицинской помощи «лечебно-технического» характера (3). Целью медицинских работников было оказание помощи больному, но из-за отклонения в общепринятой технологии (счет инструментов и салфеток после завершения операции) была оставлена салфетка в брюшной полости.

Таким образом:

1. Основными причинами ятрогенных оставлений инородных тел в брюшной полости при оказании экстренной хирургической помощи являются дефекты лечебно-технического характера, во многом обусловленные личностными поведенческими качествами хирурга в экстремальных ситуациях.

2. Соблюдение всех правил выпол-

нения оперативных вмешательств, инструкцию о порядке пересчета хирургического инструментария и перевязочных средств с наличием подписей операционных сестер, проводивших пересчет, позволит максимально сократить возможность оставления инородных тел в брюшной полости.

Использованные источники:

1. Абдуллаев Ш.Н. Инородные тела, забытые в брюшной полости. – Здоровоохранение Казахстана. - 1970. - №12. - С. 47-48.

2. Боромянский В.С., Бонацкий В.Р., Луценко Ю.Е. Инородные тела, забытые во время оперативных вмешательств. – Клиническая хирургия. – 1982. - №1. - С. 50-51.

3. Власов А.Ф., Плечев В.В., Гатауллин Н.Г. Послеоперационные

ятрогенные инородные тела (Corpus olineum). – Уфа, 2000. – 207 с.

4. Комментарий к уголовному кодексу Российской Федерации под общ. ред. В.М. Лебедева – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма, 2007. – 976 с.

5. Пашина Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. Москва: Медицинская книга, 2006. – 196 с.

6. Уголовный кодекс Российской Федерации. М.: Омега-Л, 2006. – 176 с.

7. Шапатава К.В., Цуцкиридзе Г.Г., Саралидзе Л.Д. Инородное тело, длительное время находящееся в брюшной полости. //Медицинские новости Грузии. Тбилиси, 2003. - № 11. - С 13-15.

МОСКОВСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ Кафедра судебной медицины и медицинского права ГОУ ВПО МГМСУ

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Московское Научное Общество Судебных Медиков и кафедра судебной медицины и медицинского права ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава планирует проведение научно-практической конференции «Медицинская экспертиза и медицинское право» посвященной памяти Заслуженного деятеля науки РФ, профессора Гургена Амаяковича Пашина.

Проведение конференции планируется **21 октября 2011 г.** на базе **кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ.**

Приглашаем принять участие в подготовке материалов конференции по следующим разделам:

1. Правовые вопросы здравоохранения.
2. Организационные и правовые вопросы судебно-медицинской экспертизы, вопросы истории судебной медицины.
3. Судебно-медицинская экспертиза трупа. Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных.
4. Установление прижизненности и давности образования повреждений.
5. Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц.
6. Судебно-медицинская токсикология.
7. Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи.
8. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств.

Требования к оформлению статей:

Документы должны быть напечатаны на листах формата А 4, объемом 3-4 страницы. Формат статьи: все поля - 2 см, шрифт Times New Roman, 12, одинарный интервал.

При оформлении статей – верхняя строка с указанием ФИО автора (авторов), вторая строка - ЗАГОЛОВОК статьи, третья строка – город, организация. Список литературы оформляется с соответствии с ГОСТ 7.80.2000.

Документы принимаются на магнитных носителях и CD.

Документы и заявки на участие в конференции принимаются до 25 января 2011 г по адресу: 109559, г. Москва, ул. Маршала Баграмяна, д.4, кв. 95. Баринову Евгению Христофоровичу или по электронному адресу EV.BARINOV@mail.ru с пометкой: Конференция «Морфология критических и терминальных состояний».

ИССЛЕДОВАНИЕ

Б.А. Саркисян, Д.А. Карпов, М.А. Шадымов

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА РЕЗАНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЖИ И ВОЛОС ГОЛОВЫ, ПРИЧИНЕННЫХ КОНСЕРВНОЙ ЖЕСТЬЮ

На основании экспериментальных данных выявлены новые морфологические особенности повреждений кожи и волос головы консервной жестью, в зависимости от свойств преграды и условий воздействия, позволяющие расширить идентификационные возможности судебно-медицинских экспертных исследований

Ключевые слова: морфологические свойства, волосистая часть головы, свойства преграды, консервная жесть

Повреждения, причиненные острыми объектами, в экспертной практике встречаются достаточно часто. Как показал анализ архивного материала по г. Барнаулу за последние годы острая травма составляет от 4,7% до 6,2% от всех случаев насильственной смерти. При этом, резаные повреждения в разные годы встречались в 7,7%-12% от всей острой травмы, занимая второе место после колото-резаных. Локализация повреждений острыми орудиями на голове потерпевших отмечена в 18% от общего количества этого вида травмы [2]. Резаные повреждения могут причиняться, как типичными орудиями (опасная и безопасная бритвы, ножи и др.), так и предметами, обладающими свойствами режущих (осколки стекла, пластика, куски жести и т.п.). Как показывает анализ доступной литературы, имеющиеся работы посвящены характеру и морфологическим свойствам ран, причиненных типичными режущими объектами [1,3]. Поэтому, при исследовании любых резаных повреждений эксперты руководствуются этими данными. В последние годы появился интерес и к ранам кожи, нанесенным предметами, обладающими свойствами режущих [5,6], в том числе и жестью.

Строение кожного покрова волосистой части головы имеет ряд особенностей, отличающих его от кожи других участков тела. Прежде всего, он большей толщины, располага-

ется непосредственно на жестком основании из костей свода черепа, и имеет весьма ограниченную возможность смещения. Структуру кожного покрова волосистой части головы можно представить в виде многослойной оболочки, состоящей из эпидермиса, дермы и апоневроза. В общем, дерма имеет вид «каркаса» из отходящих от апоневроза пучков соединительно-тканых волокон. Они образуют дольчатые структуры, в которых располагается большое количество корней длинных волос, окруженных дольками жировых клеток. Верхний слой дермы имеет вид ячеистой сети соответственно топографии волосных воронок на поверхности кожи. Такое своеобразие строения кожи, а также минимальная возможность ее прогибания и смещения относительно костей свода могут оказывать влияние на механизм образования и морфологические свойства повреждений. Это нашло подтверждение при исследовании морфологии резаных ран кожи волосистой части головы, образованных лезвиями ножей [4].

В ходе дальнейших исследований для выявления особенностей резаных ран мягких тканей волосистой части головы, причиняемых куском жести, нами проведено экспериментальное моделирование таких повреждений с учетом анатомических особенностей как строения кожи, так и кривизны травмируемого участка головы. Эксперимен-

тальное моделирование резанием «с места», под фронтальным углом около 90°, проведено жестяной легковскрываемой консервной крышкой (Easy-Open), круглой формы, диаметром 45 мм, толщиной 0,2 мм, с ровной кромкой, образованной схождением отвесной и скошенной стенок. Проведено 2 серии экспериментов (по 10 в каждой серии). Полученные повреждения исследованы на нативных и восстановленных препаратах, визуально и при микроскопии (МС-2, ув. 10х-30х).

В 1-й серии наблюдений, при резании на условно плоской поверхности головы получены прямолинейные раны, длиной при сведенных краях 27-58 мм (в среднем – 45 мм). Следует отметить, что раны длиной более 40 мм, как правило, сквозные, а менее 40 мм – не сквозные. При разведении краев рана имеет форму ассиметричного веретена, с более выраженной дугообразностью со стороны скоса режущей кромки. Края ран выглядят не одинаково: край, соответствующий скосу острой кромки прямолинейный, ровный, без осаднения; со стороны отвесной части – в приконцевых отделах относительно ровный, в средней трети – несколько волнистый, иногда с осаднением шириной до 0,1-0,2 мм, с незначительной сглаженностью и нависанием этого края над стенкой в просвет раны. Концы ран остроугольные. В некоторых наблюдениях у начального (относительно резания) конца

раны, по краю, образованному отвесной частью режущей кромки, может возникнуть «желобовидное» вдавление кожи, длиной 2-3 мм. Ребра у концов в начале резания – прямые, равномерно пологие, а в конце – выражено пологие, мелко-бугристые из-за выступания пучков волокон дермы. Стенки ран ровные, со стороны нависающего края – дугообразно вогнутые, а отвесного – выпуклые. В начальной трети ран стенки с выраженным хаотичным сгущением волокон дермы, больше выраженным на стороне, соответствующей скосу режущей кромки. В средней и конечной третях – они имеют «мраморный рисунок», более выраженный со стороны действия скоса режущей кромки. Этот признак обусловлен локальным смятием пучков волокон дермы, сопровождающимся выдергиванием из нее пересеченных корней волос.

На коже, в начальной и средней третях ран, все волосы пересечены по краю, соответственно направлению роста волос, независимо от рельефа режущей кромки. В конечной трети – некоторые волосы остаются неповрежденными. В начальной трети ран на стенках большинство корней волос без видимых повреждений, отмечается лишь некоторое уплощение их оболочек. У единичных волос наблюдается косопродольное рассечение оболочек. Непересеченные корни выступают на поверхности стенок пологими валиками. Часть корней в средней трети, пересечена на уровне стержней под острым углом по направлению резания, другие корни – с уплощенной околонуковичной частью стержня. Кроме того, со стороны отвесной части режущей кромки луковичы с участками поперечно ориентированных «желобовидных» вдавлений или с отсеченными их основаниями. Не отсеченные луковичы симметричной и асимметричной треугольной формы, со сглаженными углами. В конечной трети ран, у поверхности кожи, стержни некоторых волос пересечены под острым углом, другие – на уровне околонуковичной зоны стержней. Непересеченные корни уплощены и плавно изогнуты под тупым углом по направлению резания. В этой трети, одни луковичы на обеих

стенках имеют симметричную или асимметричную треугольную форму со сглаженными углами, другие, со стороны отвесной части режущей кромки – с поперечными «желобовидными» вдавлениями, треугольной формы с выраженными углами и прямолинейным основанием из-за отсечения фолликулярной части лукович.

Во 2-й серии наблюдений, при резании в участках с выраженной кривизной, почти все полученные раны прямолинейные, несквозные, длиной – 25-51 мм (в среднем – 41 мм). При разведении краев они имеют ассиметричную веретенообразную форму, с более выраженной дугообразностью со стороны скоса режущей кромки. Края ран относительно ровные. Со стороны отвесной части режущей кромки они дугообразные, незначительно сглажены в просвет повреждений и нависают над стенками; со стороны скоса – прямолинейные, находятся на уровне стенок. В начальной трети ран отмечается полосовидное осаднение краев на ширину до 0,2 мм. Концы ран остроугольные. Ребра у концов в начале ран прямолинейные, равномерно пологие, а в конце – выражено пологие, с некоторой бугристостью. В отличие от ран, расположенных в условно плоских участках, в области ребер начальной трети этих повреждений определяются пересеченные волосы в виде «волосяных мостиков» и волос, выступающих из просвета раны. Стенки ран относительно ровные, дугообразные в профиль: со стороны отвесной части режущей кромки стенка выпуклая, со стороны ее скоса – вогнутая. Также наблюдается более выраженная скошенность стенок в конечной трети повреждений. Сгущение волокон дермы в начальной трети определяется непосредственно у ребра, а в конечной – с распространением на стенки, более выраженным со стороны скоса режущей кромки.

На коже, в начальной и средней третях ран, все волосы пересечены по краю, соответствующему направлению роста волос, независимо от рабочей поверхности режущей кромки. В конечной трети – часть волос остается неповрежденной. На обеих стенках корни волос в

начальной и средней третях косо пересечены, не выступают в просвет из стенок; в конечной трети – косо пересеченные стержни волос вместе с оболочками вытянуты из стенок и выступают в просвет повреждений. Луковичы волос в приконцевых третях сплюснутые, симметрично треугольные, со сглаженными углами; в зоне перехода в стержень – изогнуты по направлению резания. В приконцевых третях стороны, соответствующей отвесной части режущей кромки часть лукович с поперечными «желобовидными» вдавлениями, а в средней трети они пересечены в области перехода в стержень или на уровне их основания. Отсеченные фрагменты лукович хаотично лежат на дне и стенках ран.

Выявленные морфологические особенности резаных ран, в зависимости от особенностей анатомического строения кожного покрова волосистой части головы и кривизны травмируемой области, представлены на рисунке 1.

Комплекс выявленных морфологических признаков и особенности распределения их по протяжению ран позволяет улучшить дифференциальную диагностику резаных ран кожи волосистой части головы, а также расширяет идентификационные возможности судебно-медицинских экспертных исследований.

Использованные источники:

1. Комаров П.П., Артамонов Ю.Г. О механизме образования резаных повреждений трикотажа // Материалы III Всероссийского съезда судебных медиков ч.II. – Саратов, 1992. – С. 226-230.
2. Мамаков Ч.Ю., Кочоян А.Л., Карпов Д.А. Анализ встречаемости повреждений, причиненных острыми объектами по данным татологического отдела и медикокриминалистического отделения. – Барнаул, 2006. – С. 131-134.
3. Саркисян Б.А., Карпов Д.А., Кочоян А.Л. Морфологические особенности резаных ран кожи в зависимости от остроты лезвия и условий травмирующего воздействия // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Новосибирск, 2005. – Вып №10. – С. 163.

		Условно плоские участки	Участки с выраженной кривизной
Форма раны при сведенных краях		Прямолинейная	Прямолинейная
Форма раны при разведенных краях		Асимметричное веретено	Асимметричное веретено
Средняя длина раны		45 мм	41 мм
Характер раны		Длиной более 40 мм – сквозные, менее 40 мм – не сквозные	Чаще не сквозные
Форма краев	Со стороны скоса режущей кромки	Прямолинейный, ровный, на уровне стенки	Прямолинейный, ровный, на уровне стенки
	Со стороны отвесной части режущей кромки	Сглаженный, нависающий над просветом раны	Сглаженный, нависающий над просветом раны
Наличие приконцевого «желобовидного» вдавления кожи		В начале резания	Не формируется
Осаднение краев	Со стороны скоса режущей кромки	Не формируется	Формируется в начальной трети
	Со стороны отвесной части режущей кромки	Формируется на всем протяжении	Формируется в начальной трети
Концы раны		Остроугольные	Остроугольные
Пологость ребер концов		Более пологое в конечной трети	Более пологое в конечной трети
«Волосные мостики»		Не формируются	Формируются в начале резания
Сгущение волокон дермы на стенках		Более выражено в начале резания	Более выражено в конце резания
Стенки		Дугообразные в профиль	Дугообразные в профиль
Волосы на поверхности кожи		Пересечены по краю в начальной и средней третях	Пересечены по краю в начальной и средней третях
Наличие «желобовидных» вдавлений на луковицах волос		В средней и конечной третях	В приконцевых третях

Рисунок 1. Морфологические особенности резаных ран, причиненных быстрооткрывающейся консервной крышкой типа «Easy-Open»

4. Саркисян Б.А., Карпов Д.А., Шадымов М.А. Морфологические свойства резаных ран и деформации волос кожного покрова головы в зависимости от конструкции лезвия и свойств преграды // Медицинская экспертиза и право. – М., 2009. – №3. – С. 35.

5. Янковский В.Э., Карпов Д.А., Скрыбин А.А. Особенности резаных повреждений кожи, возникающих от действия разных видов осколков стекла // Проблемы теории и практики судебной медицины. – Томск, 2006. – Вестник ТГУ. – С. 105-110.
6. Янковский В.Э., Карпов Д.А.,

Скрыбин А.А. О некоторых особенностях строения твердых предметов, обладающих режущими свойствами // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Новосибирск, 2006. Вып. №11. – С. 226.

БИБЛИОТЕКА ЭКСПЕРТА

Таинственный призрак. Детектив. – Москва: «Эслан», 2010. – 126 с.

Барсегянц Л.О.

Захватывающий детективный роман написан известным ученым, судебным медиком, доктором медицинских наук, профессором кафедры судебной медицины ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Люстик Оганесовны Барсегянц.

БИБЛИОТЕКА ЭКСПЕРТА

Молитва Богу. – Москва, 2009. – 34 с.

Барсегянц Л.О.

В лирическом сборнике известного ученого, судебного медика, доктора медицинских наук, профессора кафедры судебной медицины ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Люстик Оганесовны Барсегянц представлены стихотворения, написанные автором в последние годы.

Предисловие к сборнику написано судебным медиком Е.Х.Бариновым.

ИССЛЕДОВАНИЕ

А.Л.Ураков, Н.А.Уракова, В.И.Витер, Т.С.Козлова

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ КРОВОПОДТЕКОВ

Перфорация кровеносных сосудов при моментальном проколе мягких тканей металлическими инъекционными иглами с остро заточенным рабочим концом, гипокоагуляция крови в инфильтрате за счет ее разведения водными растворами лекарственных средств и закрытое кровотечение являются причинами постинъекционных кровоподтеков

Ключевые слова: постинъекционный кровоподтек

Введение лекарств путем инъекций под кожу, в мышцу, в вену, а также путем пункций в различные полости нередко осложняется появлением локальных постинъекционных кровоподтеков, причем, чаще всего обширные кровоподтеки возникают при подкожных инъекциях гепарина [3,4,7]. Несмотря на это общепринятая технология подкожных инъекций носит универсальный характер и не содержит мер, направленных на предотвращение постинъекционного имbibирования тканей кровью [1,5].

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение причин возникновения, особенностей развития и возможностей предотвращения постинъекционных кровоподтеков.

Материалы и методы.

Проведен ретроспективный анализ частоты появления постинъекционных кровоподтеков при подкожных инъекциях лекарственных средств 100 пациентам по материалам историй болезней и визуальное исследование поверхности тела у 100 пациентов в период их госпитализации и лечения в терапевтическом отделении МУЗ «ГКБ № 1» и гинекологическом отделении МУЗ «МСЧ № 3» города Ижевска в 2009 году. Динамика формирования и последующего рассасывания постинъекционных кровоподтеков при подкожных инъекциях по 1 мл раствора 0,9% натрия хлорида, раствора 2% лидокаина гидрохлорида, воды для инъекции и 1250

ЕД гепарина изучена при подкожных инъекциях в область передней стенки живота 2-х месячных поросят в условиях вивария ГОУ ВПО «ИГМА» в опытах на 20 животных в видимом и в инфракрасном спектрах излучения тканей с использованием тепловизора марки NEC TN91XX (Япония) [6].

Контролируемые физико-химические показатели качества растворов лекарственных средств определены фармакопейными методами, осмотическая активность определена криоскопически с помощью осмометра марки OSMOMAT-030 RS фирмы ANSELMA Industries (Австрия).

Результаты и обсуждение.

Проведенный нами ретроспективный анализ материалов историй болезней показал полное отсутствие в них указаний на наличие у пациентов локальных постинъекционных осложнений, включая постинъекционные кровоподтеки. В то же время, при осмотре кожных покровов пациентов в период их госпитального лечения в терапевтическом отделении установлено, что у всех пациентов имеются следы локальных повреждений кожи в местах инъекций. Эти повреждения выявляются у пациентов практически с первого дня их госпитализации и представляют собой колотые раны точечной формы, закрытые корочками свернувшейся крови и окруженные кольцами кровоподтеков различной величины.

Показано, что постинъекционные

колотые раны кожи, возникающие в местах подкожных, внутримышечных и внутривенных инъекций различных лекарств, практически не отличаются друг от друга своими размерами и формой в отличие от размеров и форм кровоподтеков. Так, в области верхних наружных квадрантов ягодичных мышц после внутримышечных инъекций анальгетических, спазмолитических, анестезирующих, антигистаминных и химиотерапевтических средств, а также в области верхних наружных поверхностей плеч после подкожных инъекций витаминных и противовирусных препаратов кровоподтеки располагаются вокруг каждой колотой ранки не сливаясь друг с другом. При этом кровоподтеки имеют форму кольца с наружным диаметром 1 – 2 мм, реже 5 - 10 см (Фото. 1).

В местах подкожных инъекций гепарина кровоподтеки могут быть такими же, либо представлять собой обширную площадь округлой формы с размерами до 25 см в обоих поперечниках (Фото. 2). В частности, при многократных инъекциях гепарина под кожу передней стенки живота, производимых ежедневно по современной технологии, обширный кровоподтек может возникнуть уже после первой инъекции и занимать всю площадь живота пациента.

Проведенный нами анализ общепринятого способа подкожных инъекций лекарственных средств позволил

предположить о наличии в нем следующих недостатков. Во-первых, способ не учитывает вероятность появления гематомы в клетчатке при ее проколе и перфорации внутритканевых кровеносных сосудов рабочим концом инъекционной иглы. Во-вторых, способ не учитывает гипокоагуляцию крови в гематоме при ее разведении водным раствором лекарственного средства, выдавливаемого из шприца.

Проведенные нами исследования и полученные результаты подтвердили высказанное предположение. Действительно, общепринятая технология подкожной инъекции лекарств, а также применяемые для этого инъекционные иглы и растворы для инъекций имеют низкую безопасность и способствуют появлению локальных постинъекционных кровоподтеков.

В частности показано, что при моментальном проколе тканей остро заточенными иглами в тканях образуются колото-резаные раны с разрезами кровеносных сосудов, встретившихся иглам на пути их движения. Сосуды перфорируются острой заточенными концами игл, поскольку рабочие концы современных игл имеют форму, напоминающую собой наконечник стрелы, меча или кинжала с остро заточенными кромками.

В то же время, при медленном (на протяжении 3-х секунд) введении в кожу и клетчатку затупленных инъекционных и швейных игл аналогичного размера ткани получают колотые раны без разрезов кровеносных сосудов. Дело в том, что при медленном введении в ткани тупых игл они «прокалывают» в них канал по самым «мягким и прокалываемым местам», раздвигая в стороны более твердые и упругие морфологические образования, такие как кровеносные сосуды, либо обходя их, поскольку при медленном прокалывании тканей иглы изменяют вектор движения.

Установлено, что при разрезах кровеносных сосудов, расположенных только в коже, кровь вытекает сначала в раневой канал, затем наружу (после удаления иглы), образуя каплю крови на коже. Прикладывание к месту инъекции ватки, смоченной этиловым спиртом 96°, способствует удалению с поверхности кожи почти всей крови, вызывает закупорку ранки сгустком крови и прекращает постинъекционное кровотечение.

Поэтому в подобных случаях кровь имbibуирует только кожу, а постинъекционный кровоподтек представляет собой кольцо шириной около 1 мм, которое располагается вокруг колотой ранки точечной формы, закрытой маленьким сгустком крови.

При разрезах кровеносных сосудов, расположенных в подкожно-жировой клетчатке, возникает «закрытое» (внутритканевое) кровотечение и гематома, появление которой тем вероятнее, чем глубже расположен поврежденный сосуд, поскольку именно при глубоком расположении источника кровотечения истекающая кровь теряет возможность вылиться наружу. Если при этом внутри гематомы создаются условия, при которых кровь лишается способности к свертыванию, она постепенно начинает пропитывать собой окружающие ткани, формируя кровоподтек. При этом размер кровавого инфильтрата клетчатки и кожи определяется величиной объема истекшей крови, что в обычных условиях повышается при увеличении продолжительности внутритканевого кровотечения.

В опытах на поросятах при многократных проколах кожи и подкожно-жировой клетчатки металлическими инъекционными иглами до и после их заполнения водными растворами лекарственных средств, установлено, что первой причиной возникновения постинъекционного кровоподтека является ранение кровеносных сосудов, вызываемое инъекционными иглами. Показано, что вероятность механического повреждения кровеносных сосудов инъекционными иглами возрастает с увеличением количества инъекций, а вероятность возникновения обширного кровоподтека при этом возрастает при уменьшении расстояния между отдельными проколами кожи до 1 - 3 мм. При таких же проколах кожи, но осуществленных на расстоянии 10 - 20 см друг от друга, вероятность появления обширного постинъекционного кровоподтека низка и приближается к нулю даже при инъекциях таких антикоагулянтов, как гепарин, если он вводится не в область постинъекционного кровоподтека, превышающего своими размерами указанное расстояние. Причем, инъекция гепарина в область постинъекционного кровоподтека, образованного пред-

ыдущей его инъекцией, увеличивает общую площадь кровоподтека. Показано, что кровь, истекающая из зияющих кровеносных сосудов в области кровоподтека, теряет способность к свертыванию из-за гепаринизации тканей в области их медикаментозно-кровавой инфильтрации. Поэтому в этих случаях внутреннее кровотечение продолжается несколько часов, и кровь имbibуирует значительные объемы клетчатки и площади кожи над ней.

Проведенное нами определение осмотической активности лекарств показало, что осмотичность воды для инъекций равна $0,3 \pm 0,03$ мОсмоль/л, гепарина – $256,5 \pm 13$ мОсмоль/л, раствора 0,9% натрия хлорида – $289 \pm 9,5$ мОсмоль/л, а раствора 2% лидокаина гидрохлорида – $286 \pm 13,5$ мОсмоль/л. Однако, при подкожных инъекциях по современной технологии 1 мл гепарина (1250 ЕД) обширные кровоподтеки возникают в среднем после каждой 3 - 4-й инъекции, тогда как при аналогичных подкожных инъекциях 1 мл воды для инъекции такие кровоподтеки не возникают даже после 20 инъекций. Следовательно, гипоосмотичность водных растворов не является основной причиной возникновения постинъекционных кровоподтеков.

Затем в опытах на поросятах была изучена возможность предотвращения постинъекционного кровоподтека за счет внутритканевой горячей «сварки» крови и ишемии кровотокащей области. Для этого сразу после подкожной инъекции 1250 ЕД гепарина к месту инъекции прикладывался тампон, смоченный горячим 96° этиловым спиртом, и через него оказывалось давление на ткани пальцем руки до полного обескровливания участка на срок 6 минут. Оказалось, что данные воздействия надежно предотвращают появление обширных постинъекционных кровоподтеков при подкожных инъекциях гепарина.

Кроме этого, в опытах на поросятах показано, что введение под кожу современных металлических инъекционных игл, но не пустых, а заполненных металлическими мандренами с выступающими наружу концами и с возможностью их нагревания вплоть до появления на коже вокруг игл белесоватых колец, обеспечивает «горячую сварку» белков вокруг иглы

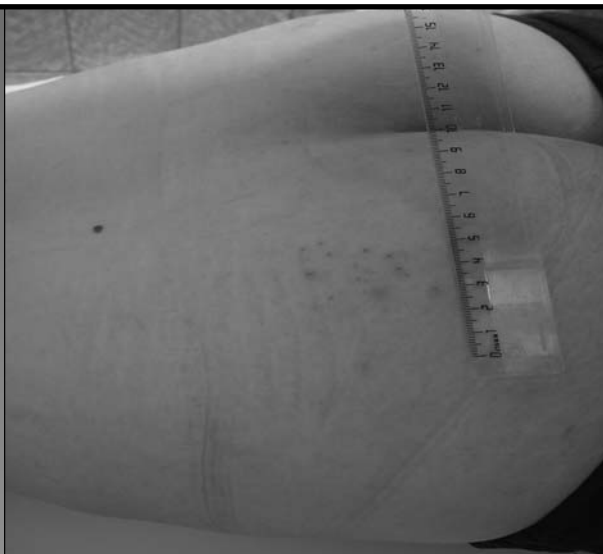


Рисунок 1. Левая ягодичная область пациентки Н. 26 лет на 12 день госпитализации в гинекологическое отделение МУЗ «МСЧ №3» г. Ижевска по поводу сальпингоофарита с колотыми ранами, возникшими вследствие внутримышечных инъекций химиотерапевтических и противовоспалительных лекарственных средств.



Рисунок 2. Передняя брюшная стенка пациентки К. 59 лет на 7-й день госпитализации в терапевтическое отделение МУЗ «МСЧ № 3» г. Ижевска с хронической ишемической болезнью сердца при ежедневном подкожном введении гепарина по 5000 ЕД слева и справа от средней линии.

с формированием «сварного» канала с толщиной стенки 1 – 2 мм. Такое локальное термическое воздействие оказывается достаточным для эффективной денатурации и свертывания крови, излившейся из поврежденных кровеносных сосудов, без чрезмерного ожога тканей и для предотвращения постинъекционного кровоподтека при инъекциях под кожу различных лекарственных средств, включая гепарин.

Механизм протекторного действия указанных способов сводится к следующему. Внутритканевая локальная умеренная гипертермия, исключаящая термический ожог, ускоряет естественную коагуляцию крови в кровяном инфильтрате, а чрезмерная локальная гипертермия, «поджаривающая» кровь, обеспечивает «горячую сварку» всех белков в раневом канале, включая белки крови. Кратковременная (6-ти минутная) ишемия кровотокающей области обеспечивает завершение процесса свертывания крови в перфорированных кровеносных сосудах и закупорку их тромбами [2]. Кроме этого, ишемия обеспечивает удаление из инфильтрированных тканей не менее половины введенного гепарина за счет ускорения рассасывания инфильтрата в условиях повышения температуры и внутритканевого давления. Это препятствует медикаментозному разведению

крови, стабилизирует процесс внутритканевого гемостаза, способствует закупорке поврежденных сосудов и препятствует появлению кровоподтека.

Использованные источники:

1. Костина В.В., Меньков Н.В. Уход за больными в терапевтической клинике. – Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2000. – С. 51 – 53.
2. Способ остановки паренхиматозных кровотоков [Текст]: пат. 2139686 Рос. Федерация : МПК7 А 61 В 17/12, / Ураков А.Л., Поздеев А.Р., Уракова Н.А.; заявитель и патентообладатель Уракова Наталья Александровна. - № 96116875/14; заявл. 09.08.96; опубл. 20.10.99, Бюл. № 29. – 3 с.
3. Способ повышения постинъекционной безопасности лекарств при многократных внутримышечных инъекциях [Текст]: пат. 2350358 Рос. Федерация: МПК7 А61М 5/00, А61К 33/14, А61Р 43/00 / Ураков А.Л., Стрелков Н.С., Уракова Н.А., Камашев В.М., Иванова Л.Б., Бендерская Е.Ю., Дементьев В.Б. заявитель и патентообладатель Институт прикладной механики УрО РАН. - № 2007112028/14 (013075); заявл. 02.04.2007; опубл.27.03.2009. – Бюл. № 9. – 5 с.
4. Способ подкожных инъекций гепарина [Текст]: пат. 2341298 Рос.

Федерация: МПК7 А 61М 5/00, А61М 5/32, А61К 31/127, А61Р 7/02 / Стрелков Н.С., Стрелкова Т.Н., Ураков А.Л., Уракова Н.А., Ватулин В.В., Елхов И.В., Пчеловодова Т.Б., Дементьев В.Б., Лукоянов И.А., Шахов В.И. заявитель и патентообладатель Институт прикладной механики УрО РАН. - № 2007130979/14 (033750); заявл. 13.08.2007; опубл.20.12.2008. Бюл. № 35, - 5 с.

5. Ураков А.Л., Уракова Н.А., Михайлова Н.А., Решетников А.П., Шахов В.И. Местная постинъекционная агрессивность растворов лекарственных средств в инфильтрированных тканях и способы ее устранения. Медицинский альманах. 2007. № 1. С. 95 – 97.

6. Ураков А.Л., Уракова Т.В., Уракова Т.В., Касаткин А.А. Мониторинг инфракрасного излучения в области инъекции как способ оценки степени локальной агрессивности лекарств и инъекторов. Медицинский альманах. 2009. № 3. С.133 – 136.

7. Ураков А.Л., Уракова Н.А., Юшков Б.Г., Шахов В.И., Забокрицкий Н.А. Кровоподтеки в местах инъекций возникают из-за разреза сосудов инъекционными иглами и разведения крови водными растворами лекарственных средств. Вестник Уральской медицинской академической науки. 2010. № 1.(28). С. 60 – 62.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИЧИНЕННОГО КРЫСАМИ

В статье описана морфологическая картина повреждений кожного покрова и одежды от воздействия зубов крыс. Дана трассологическая характеристика резцов крыс, механизм их действия и условия образования повреждений

Ключевые слова: повреждение кожи, повреждения зубами крыс, дефект мягких тканей, повреждение крысами, посмертные повреждения

Самые частые повреждения, причиняемые животными, с которыми эксперту приходится сталкиваться в практической деятельности, это повреждения крысами. В специализированной литературе разделы, посвященные повреждениям на теле от действия животных, занимают неоправданно малое место, а повреждения грызунами укладываются в 2-3 предложения [11, 1, 4, 6]. Более обстоятельное описание повреждений встречается в периодической печати, но и они посвящены казуистическим случаям. Так, А.И. Шибков наблюдал 37 случаев повреждений трупов, причиненных кошками и крысами [10]. Материал собирался на протяжении 8-и лет, объектами служили трупы, хранившиеся в университетском морге. Автором, кроме повреждения открытых и выступающих частей тела, описано повреждение кончика прикушенного при повешении языка, выедания глаза, уничтожение полового члена. Указано, что различная локализация повреждений может давать повод к ошибкам и различным ложным предположениям в отношении заболеваний (рак, сифилис, гангрена), половых извращений, сокрытия личности убитого. Несмотря на различный механизм воздействия зубов (грызуны и плотоядные), наблюдаемые повреждения описывались одинаково, как дефекты с зубчатыми (фестончатыми) краями, изрытым (бугристым) дном, характеризовались отсутствием кровоизлияний и

реактивных изменений ткани.

Е.Х. Баринов и С.В. Мальцев, исследуя труп младенца, обнаружили обширные дефекты мягких тканей лица, передней брюшной стенки с эвентрацией кишечника, конечностей, вокруг которых располагались полосовидные, линейные, воронкообразные, овальные раны [2]. Края дефектов представлялись то фестончатыми, то мелкозубчатыми, а в дне их располагались разорванные или разможенные фрагментированные мягкие ткани. Посмертный характер повреждений позволил авторам высказаться об их причинении зубами, когтями грызунов и клювами птиц.

Внимания исследователей заслуживали случаи проникновения грызунов внутрь мертвого тела, где они устраивали себе временное пристанище. Рубежанский А.Ф. наблюдал случай разрушения мышами трупа, захороненного тотчас после убийства и находившегося 2,5 месяца под слоем глинистого чернозема на глубине 30 см [9]. При исследовании так же обнаруживались дефекты кожи с фестончатыми краями и мешкообразные каналы, располагающиеся под кожей. Несмотря на начальную стадию жировоска в одном из каналов обнаружена живая мышь. Так же живых животных в полостях тела обнаружил В.Н. Ганженко [5], исследуя мумифицированный труп. Кроме дефектов мягких тканей с фестончатыми краями, переходящих в ходы-норы и соответствующих дефектов одеж-

ды, в полости обнаружено гнездо, состоящее из мелких обрывков ткани одежды.

А.Л. Печкурено наблюдал четыре случая проникновения мелких животных внутрь тела [8]. Всегда трупы обнаруживались в зимний период в лесу. В двух случаях смерть наступила в результате столкновения с крупным хищником – медведем или тигром, в двух других – в результате огнестрельной травмы. Помимо повреждений от которых наступила смерть и обширных дефектов лица и кистей, обнаруживались один или два дефекта кожного покрова грудной клетки или передней брюшной стенки, диаметром около 4,0 см с фестончатыми краями переходящих в каналы, проникающих в соответствующие полости. Внутренние органы полностью отсутствовали. Наличие между складками одежды и внутри тела помета колонка (*Mustela sibirica*), а так же его следов на снегу позволило установить, что повреждения образованы мелким хищником, а не грызунами.

В своей практической деятельности нам часто приходится исследовать повреждения, причиняемые трупам грызунами. Считается, что собственно мыши крайне редко поедают биологические объекты, предпочитая им любую растительную пищу, а крысы охотно едят пищу животного происхождения. Проанализировав и детально исследовав морфологическую картину оставленных дефектов мягких тканей,

изучив анатомическое строение грызущего аппарата крыс и биомеханику грызения, ознакомившись с литературой по анатомии грызунов, нам удалось сделать некоторые заключения:

1. Крысы относятся к входящему в отряд грызунов семейству мышиных (Muridae), являясь одними из самых крупных их представителей: длина тела взрослых особей колеблется от 17 до 28 сантиметров (без хвоста), вес – 250–450 граммов, а отдельные особи достигают веса более килограмма [3]. Обладают удлинённым туловищем, довольно вытянутой, заостренной мордочкой (что определяется формой черепа). У крыс 16 очень специализированных зубов, из них 8 на верхней челюсти и 8 – на нижней. На каждой челюсти развита пара резцов и три пары коренных зубов; клыков и малых коренных зубов нет. Резцы узкоспециализированы, растут в течение всей жизни, изогнутые, не имеют бороздок, покрыты эмалью оранжево-желтого цвета, лишены корней, имеют широкую полость, заполненную пульпой [7], острота резцов обусловлена стиранием лишённой эмали задней поверхности зуба. Верхние резцы более короткие, чем нижние, длиной 4-5 мм, шириной 1,5 мм, нижние резцы имеют длину около 7 мм и ширину 1,2 мм. С трассологической точки зрения резцы крысы представляют собой стрелу, имеющий в сечении каплевидную форму с ребром, обращенным к ротовой полости. Ближе к свободному краю резцы долотообразно заостряются, скошены со стороны полости рта и имеют лопатообразную конфигурацию. У верхних резцов свободный край имеет форму, приближающуюся к прямоугольной, у нижних – к овальной. Размер контактной площади верхних резцов – 0,15х0,04 мм, нижних резцов – 0,7х0,06 мм. Основное назначение резцов – разгрызание пищи. Именно резцами оставляются характерные для действия зубов крыс повреждения.

2. Крысам в силу строения грызущего аппарата, не свойственно наносить повреждения мягким, эластичным тканям. Для поедания или точки резцов необходимо твердое состояние объекта, что наблюдается

при высыхании, либо промерзании трупа. Между тем высыхание трупа происходит при жарком и сухом воздухе, то есть в летнее время. Крысы не являются активными хищниками и в летнее время имеют более приемлемую для них пищу в виде злаков и бытовых отходов, вследствие чего пищу животного происхождения поедают крайне неохотно. Именно поэтому наибольшее количество повреждений от действия крыс, встречаемых на трупах, относится к периоду отрицательных температур. Поедаемые мягкие ткани не имеют признаков гнилостной деструкции, чаще всего находятся в состоянии промерзания, редко мумификации.

3. Крысы являются мелкими грызунами и характеризуются малым открытием рта при длинных резцах. При максимальном открытии рта расстояние между рабочей поверхностью резцов может составлять до 3,0 см. Комфортное для грызения расстояние между резцами 1 – 1,5 см. Следовательно, повреждаемая область для начала грызения, должна иметь соответствующий размер, то есть меньше 1,5 см. К таким областям относятся дистальные отделы конечностей, кисти, стопы, лицо, складки кожного покрова в области шеи, складки в проекции грудной мышцы у мужчин, молочной железы у женщин. К таким областям так же относятся края поврежденного кожного покрова – раны и дефекты. Наличие одежды на трупах в зимнее время делает наиболее доступными лицо, кисти, шею, которые преимущественно и повреждаются.

4. Крысами неохотно повреждаются участки тела с выраженным волосным покровом, например волосистая часть головы, так как жесткий остистый волос при грызении делится на мелкие фрагменты длиной по 1 – 2 мм с острыми концами, которые, попадая в полость рта и глотки, приносят ощутимые неудобства животному.

5. В областях с незначительным массивом тканей дефекты обширны. Размеры дефекта зависят от времени нахождения трупа в данном месте, количества проживаемых на данной территории животных, объема привычной пищевой массы в данном месте, наличия

конкурентных животных (собаки) и активных в отношении крыс хищников (кошки, совы, лисы, колонки, соболи и т.д.). Форма дефекта может быть разнообразной, всегда характеризуется отсутствием углов, т.е. скругленная, без резких выступов, определяется анатомическими очертаниями доступной для грызения поверхности.

6. В повреждаемых областях со значительным массивом мягких тканей (грудная клетка, живот, бедро) размеры дефекта сопоставимы с шириной и толщиной животного, комфортны для проникновения вовнутрь, как правило, повторяют размеры входа в нору. Дефекты имеют округлую форму, диаметр 3 – 5 см. При последующей мумификации кожи, размеры дефекта могут увеличиваться.

7. Край повреждений кожного покрова имеет волнистую форму именуемую «фестончатой». Однако, в отличие от истинно фестончатого края, где выступают полукружья, имеет полукружья вдающиеся в неповрежденный кожный покров. Размер одного полукружья по основанию соответствует ширине действовавшего резца, обычно не превышает 1,5-2,0 мм. Высота полукружья фестона обусловлена углом наклона резца при контакте с кожным покровом. При малом угле по отношению к поверхности высота фестона может составлять до 1,0 см, при угле, приближающемся к прямому – соответствует высоте дуги плоскости резца. Так как резцы парные, то и фестоны парные, между которыми просматривается валик отлома. При воздействии верхних резцов ширина валика не изменяется, так как резцы неподвижны относительно друг друга. При воздействии резцов нижней челюсти ширина валика может разниться и зависит от межрезцового расстояния в момент грызения. Межрезцовое расстояние зависит от твердости ткани, т.е. степени ее замерзания или высыхания. Между тем, края дефекта, в основной своей массе не имеют четкую симметричную фестончатую форму, в следствии частичного уничтожения предыдущего следа последующим движением резцов.

8. По краям повреждения в слу-

чае охлаждения (ткани тестоватой консистенции) или промерзания (высыхания) только поверхностного слоя эпидермиса, при сохранной эластичности нижележащих тканей, выявляются лоскутные повреждения в виде лепестков, длиной не превышающие длину резца и шириной соответствующие его ширине. Образование лепестков, а фактически не отделенной стружки, объясняется эластичностью и податливостью тканей, вследствие чего скол не происходит, и резцы избыточно заглубляются.

9. На краях дефектов кожного покрова в пределах значительного массива мягких тканей возможно появление белесоватых царапин толщиной до 0,4 мм от действия когитков крысы при проникновении или вылезании из хода. Царапины линейные и дугообразные, перекрещивающиеся и располагающиеся зачастую хаотично, хотя основная масса их ориентирована перпендикулярно и косо перпендикулярно к краю дефекта.

10. При повреждении открытых участков тела с малой толщиной мягких тканей глубина повреждения определяется залегающими костными образованиями: на лице – скуловые кости, кости носа, верхняя и нижняя челюсти, лобная кость, височные кости в местах прикрепления ушных раковин; при повреждении кистей и стоп глубина дефекта ограничена пястными и фаланговыми костями, костями плюсны и т.д.; при повреждении шеи – позвонками.

11. При повреждении участка тела с массивом мягких тканей толщиной более 4 – 5 см, создаются условия для формирования ходов в мягких тканях. Ходы ориентированы в направлении к полостям тела (грудная, брюшная, таза), причем если на пути хода имеется небольшое по толщине, «мягкое» костное образование (ребро, грудина), то велика вероятность и его повреждения. В полостях тела крысы устраивают причудливые ходы, выют гнезда, для чего стаскивают бумагу, траву, мох, перья и т.д. Живя в теле трупа, грызуны активно поедают внутренние органы и мягкие ткани. В полостях проживания так же обнаруживается помет животных.

12. На стенках дефектов в собственн коже и подкожно-жировой клетчатке отмечаются ориентированные вертикально по отношению к повреждаемой поверхности борозды, между которыми имеются выступающие валики скола тканей в межзубном промежутке. Валики и борозды на отдельных участках практически параллельны друг другу, что объясняется эргономикой движения головы крысы и работой суставов нижней челюсти при гызении. Стенки дефектов с малым массивом мягких тканей полого спускаются ко дну. Поврежденные мышечные и сухожильные волокна под действием холода вымораживаются, уменьшаются в размерах, деформируются, и если животное не вернулось к грызению данного участка, создается впечатление отвесных стенок.

13. На стенках дефектов мягких тканей на начальных этапах формирования имеются валики и борозды, однако, в связи с использованием дефекта кожного покрова как входа в нору, края его обтираются, появляются наложения волос, волокон ткани, пыли и грязи в смеси с кожным салом животного. При прогрызании хода отмечается выедание подкожно-жировой клетчатки по краям дефекта, вследствие чего кожный покров уплотняется и приобретает пергаментный вид, становясь полупрозрачным, желтовато-серого, а иногда и бурого цвета. Стенки собственн хода так же сформированы действием резцов, однако вследствие обтирания и действия когтей зачастую утрачивают признаки воздействия.

14. При повреждении участков тела с незначительным массивом мягких тканей дном дефекта, как правило, являются костные образования. Причем кости в дне дефекта часто оказываются не поврежденными. При замерзании плотность и твердость костной ткани все равно превосходит таковую мягких тканей. Резцы крыс, в зависимости от типа разгрызаемой ткани, изменяют свое взаиморасположение. Достигается это за счет подвижности нижней челюсти в передне-заднем направлении, вследствие чего изменяется угол наклона резцов по оси. Этим наклоном достигается оптималь-

ная производительность резцов. При попадании под резец тканей повышенной плотности, резцы их обходят, снимая при этом только надкостницу. За счет подвижного синхондрального сочленения нижней челюсти, расстояние между вершинами нижних резцов способно достигать 1,0 см (в зависимости от размеров особи). В повседневной жизни животному это ни к чему, поэтому расхождение не велико и достигает 0,3 см. Расхождением вершин резцов увеличивается площадь опоры в разгрызаемую ткань, повышается устойчивость и плавность движения работающих резцов.

В местах, где под мягкими тканями оказываются трубчатые кости (как правило мелкие кости кисти, стопы), дном дефекта является чистая гладкая кость, преимущественно ее диафизарная часть, с сохранными единичными сухожильными и мышечными волокнами. Мягкие ткани между костями в труднодоступных местах частично удалены грызунами, подсохшие, вследствие чего кость выступает приблизительно на 1/3 – 1/2 своей толщины (Рис. 1.).

15. На костях, имеющих интимную связь надкостницы с мышечными пучками и сухожилиями (скуловая кость, нижняя челюсть, суставные поверхности), сохраняется тонкий слой мягких тканей толщиной менее 0,1 см. В этом случае дно имеет вид однотипных, однонаправленных, группами параллельных валиков и борозд. В дне борозд, как правило, видна собственн кость. Общий вид дефекта в этом случае шероховатый (замшевый) и повторяет форму объедаемой кости. Вследствие шероховатости и истончения ткани она легко вымораживается и отбеливается. При длительном воздействии холода на поврежденные ткани, дно дефекта может целиком принять белый цвет (Рис. 2.). В большинстве же случаев отмечаются отбеливание вершин валиков, обособленных сухожильных и мышечных волокон.

В случае, если дном дефекта являются мягкие ткани, оно имеет так же шероховатый вид, подсохшее, имеет более темную и интенсивную окраску, при этом вершины скла-



Рисунок 1. Дефект мягких тканей кисти образованный зубами крыс

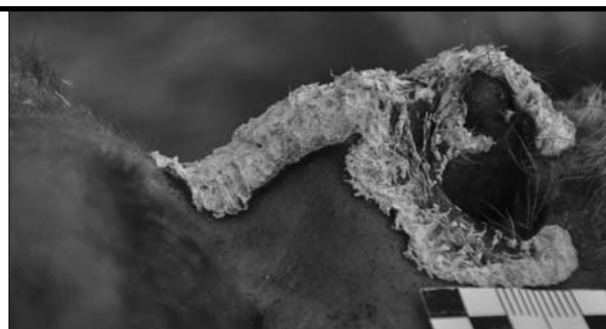


Рисунок 2. Вымораживание тканей дна дефекта

док и валиков, а так же вытянутые соединительно-тканые волокна обесцвечены.

16. Так как большинство тканей тела человека (кроме костной и отчасти хрящевой) имеют при замерзании сопоставимую плотность и твердость, для резцов они воспринимаются как однородный массив вещества, поэтому повреждаемые структуры располагаются в единой плоскости. Морфологическая картина повреждения на стенках не отличается от таковой в дне дефекта.

17. На месте происшествия и при исследовании трупа, при осмотре одежды, в области дефекта мягких тканей можно обнаружить фрагменты отделенных мягких тканей размером до 0,1х0,2 см (стружка), пересеченные волосы и волокна одежды (Рис. 3.).

18. Повреждения одежды не характерны. Не исключается возможность ее повреждения при про-

питывании кровью и прилипания (примерзания) к мягким тканям. Морфологический субстрат повреждения ткани – дефект, который располагается в проекции дефекта кожного покрова, размером совпадает с ним. Большой размер повреждения одежды, а так же несовпадение по конфигурации с дефектом на трупе может быть обусловлено наличием складок или ее смещением. Общая форма дефекта округлая, но при повреждении через складки край может приобретать вид ломаной линии или крупнозубчатый характер. Края дефекта разволокненные, бахромчатые вследствие распускания ткани в пределах ближайшего ряда петель и разволокнения нитей. Изменение тканного плетения отсутствует. Плоскость разделения нитей ровная. Волокна, выступающие в плоскость разделения нити, пересечены в одной плоскости (Рис. 4.). При вгрызании в ткань одежды может наблюдаться разволокнение нитей в

пределах свободного конца со спутыванием волокон. При потягивании препаровальной иглой петель выступающего узора можно обнаружить свободно лежащие, единичные отделенные петли. Так же по краям повреждения обнаруживается изолированное пересечение нитей вне края дефекта. Повреждения нитей ориентированы параллельно краю дефекта, отстоят от него на 0,5 – 1,0 см, имеют ширину как правило, 0,5 см. Образование этих повреждений связано с изолированным однократным действием резцов. При попадании неотделенных нитей в пространство между резцами и жевательными зубами – диастему, происходит их вытягивание. Отделенные нити, особенно располагающиеся вдоль линии отгрызания, вытягиваются и осыпаются.

Таким образом, морфологическая картина причиняемых крысами повреждений мягких тканей имеет специфическую картину, позволяю-



Рисунок 3. «Стружка» мягких тканей, фрагменты волос от действия зубов крыс

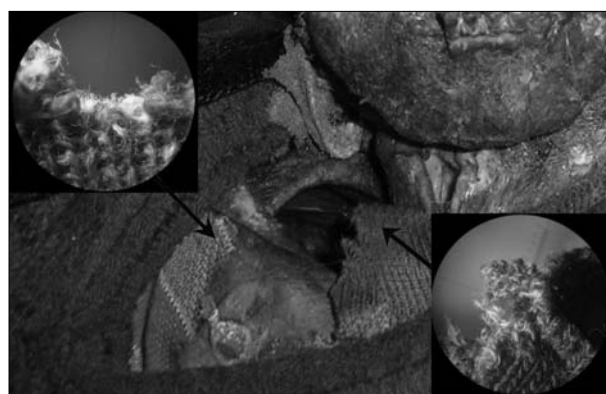


Рисунок 4. Повреждение одежды в проекции дефекта мягких тканей

шую при детальном исследовании всего объема повреждений легко дифференцировать их от огнестрельных повреждений, повреждений от действия острых предметов, скальпированных ран, массивных осаднений от скольжения по грунту, дефектов от действия едких веществ и повреждений, оставляемых другими видами животных. Следует проявлять настороженность и принимать во внимание возможность образования дефектов на месте колотых, колото-резаных и огнестрельных ран.

Использованные источники:

1. Авдеев М.И. Курс судебной медицины. – М., 1969
2. Баринев Е.Х., Мальцев С.В. Случай повреждения трупа новорожденного младенца грызунами и птицами/ Суд.-мед. эксперт. – 1998. – № 3. – С. 34.

3. Бобринский Н. А., Кузнецов Б. А., Кузякин А. П. Определитель млекопитающих СССР. Гос. изд-во «Советская наука», М., 1944. – 387 с, с ил.

4. Бокариус Н.С. Судебная медицина для медиков и юристов. - Харьков: Юрид.изд. Украины. - 1930. - С. 204 – 226.

5. Ганженко В.Н., Недилько Е.С. Из опыта судебно-медицинской экспертизы мумифицированных трупов. /Методика и практика судебной медицины. Харьков 1990 С.25-26.

6. Громов А.П. Курсы лекций по судебной медицине. - М., 1970. - 311 с.

7. Ноздрачев А. Д., Поляков Е. Л. Анатомия крысы (Лабораторные животные)/ Под ред. академика А. Д. Ноздрачева. — СПб.: Издательство «Лань», 2001. — 464 с, ил.

8. Печуренко А.Л. Повреж-

дения на трупах от зубов мелких хищников таежной зоны Хабаровского края./ Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы, Хабаровск – 2000, С. 51 – 53

9. Рубежанский А.Ф. К вопросу о посмертном разрушении трупов животными./ Суд.-мед. эксперт. – 1962. – № 4. – С. 54–55

10. Шибков А.И. Итоги 8-милетних наблюдений и изучения судебно-медицинского (трупного) травматического материала по секционному залу Института Судебной Медицины Донского Государственного Университета/ Судебно-медицинская экспертиза. Сборник №3. Из-во Наркомздрава М. 1926.

11. Свадковский Б.С. Учебное пособие по судебно-медицинской стоматологии. – М., 1974. – С. 90 - 111

МОСКОВСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ Кафедра судебной медицины ГОУ ВПО РУДН Минобразования

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Московское Научное Общество Судебных Медиков и кафедра судебной медицины ГОУ ВПО РУДН Минобразования планирует проведение научно-практической конференции «Морфология критических и терминальных состояний» посвященной 85-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки РФ, профессора Владимира Ивановича Алисиевича.

Проведение конференции планируется **15 апреля 2011 г.** на базе **кафедры судебной РУДН.**

Приглашаем принять участие в подготовке материалов конференции по следующим разделам:

1. Правовые вопросы здравоохранения.
2. Организационные и правовые вопросы судебно-медицинской экспертизы, вопросы истории судебной медицины.
3. Судебно-медицинская экспертиза трупа.
4. Установление прижизненности и давности образования повреждений.
5. Судебно-медицинская экспертиза терминальных состояний.

Требования к оформлению статей:

Документы должны быть напечатаны на листах формата А 4, объемом 3-4 страницы. Формат статьи: все поля -2 см, шрифт Times New Roman, 12, одинарный интервал.

При оформлении статей – верхняя строка с указанием ФИО автора (авторов), вторая строка - ЗАГОЛОВОК статьи, третья строка – город, организация. Список литературы оформляется с соответствии с ГОСТ 7.80.2000.

Документы принимаются на магнитных носителях и CD.

Документы и заявки на участие в конференции принимаются до 25 января 2011 г по адресу: 109559, г. Москва, ул. Маршала Баграмяна, д.4, кв. 95. Бариневу Евгению Христофоровичу или по электронному адресу EV.BARINOV@mail.ru с пометкой: Конференция «Морфология критических и терминальных состояний».

ИССЛЕДОВАНИЕ

Б.А. Саркисян, И.В. Паньков

ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ВОДИТЕЛЕЙ И ПАССАЖИРОВ ПРИ НЕСМЕРТЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ В САЛОНЕ ЛЕГКОВЫХ АВТОМОБИЛЕЙ ПРИ ОПРОКИДЫВАНИИ

На основании анализа материалов дознания, следствия, медицинской документации и со слов пострадавших изучены характер и локализация повреждений у водителей и пассажиров при не смертельной травме в салоне легковых автомобилей при опрокидывании

Ключевые слова: не смертельная травма, внутри салона, опрокидывание, легковой автомобиль

Анализ отечественной судебно-медицинской литературы показывает, что все проведенные за несколько последних десятилетий и проводимые в настоящее время исследования, посвященные экспертизе автомобильной травмы рассматривают характер, локализацию и механизмы образования повреждений, возникающих в результате предусмотренных общепринятой классификацией [1] видов автомобильной травмы, в основу которой положены условия ее возникновения.

Это травма: от столкновения дви-

жущегося автомобиля с пешеходом, переезда колесом движущегося автомобиля, в кабине (салоне) автомобиля, при выпадении из движущегося автомобиля, при сдавлении между частями автомобиля и преградами, а также при комбинированных видах автомобильной травмы.

Однако, как показывает зарубежная и отечественная экспертная практика смертельные или не смертельные повреждения могут начинаться внутри салона автомобиля и при опрокидывании. Опрокинуть

– быстрым движением повернуть на бок или низом вверх [2]. Опрокидывание может произойти как после столкновения движущегося автомобиля с какой-либо преградой, так и в «чистом» виде, в результате потери устойчивости. Автомобиль может опрокинуться на бок или на крышу салона.

Вопрос опрокидывания автомобиля весьма актуален в США, где ежегодно в опрокинувшихся машинах погибают 10 000 человек. Этой проблемой занимается американский департамент безопасности дорожного движения NHTSA (National Highways Traffic Safety Administration, опубликовавший рейтинг вероятности опрокидывания автомобилей при аварии (Авторевю, 2001). Степень риска опрокидывания эксперты NHTSA оценивают путем анализа геометрических соотношений ширины колеи автомобиля и расположения центра массы. Чем ниже у машины центр массы и чем шире колея, тем она устойчивее. В зависимости от показателей статической устойчивости автомобили подразделены на пять категорий: наиболее устойчивые получают пять звезд (вероятность опрокидывания менее 10%), 4 звезды – риск опрокидывания 10-20%, 3 звезды – 20-30%, 2 звезды – 30-40% и одна звезда – более 40%. Предлагаемые методы тестирования автомобиля

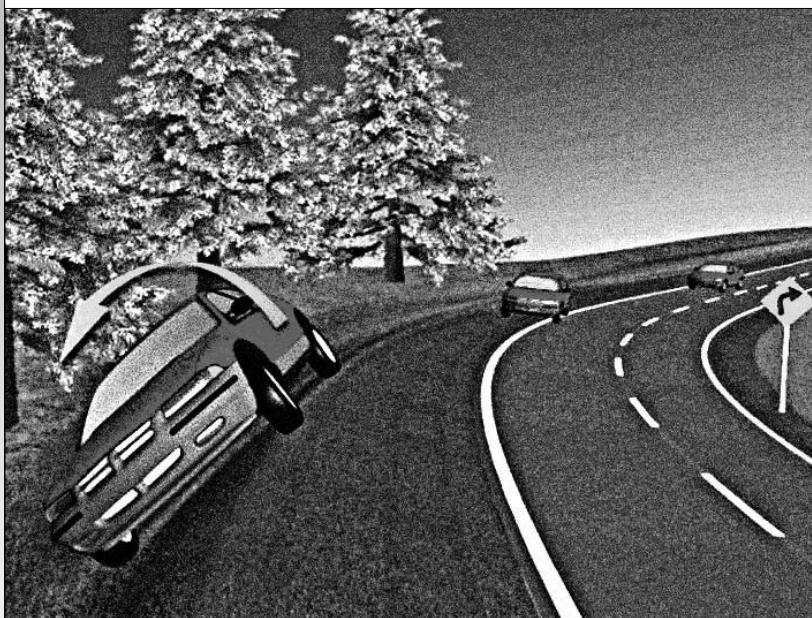


Рисунок 1. Съезд на обочину (ж. «Авторевю», №3, 2001)



Рисунок 2. Опрокидывание на левой обочине (ж. «Авторевю», №3, 2001)

предполагают совершение крутых маневров на скорости 55-80 км/час. По результатам проведенного тестирования хороший рейтинг заработали только легковые автомобили и некоторые минивэны, менее устойчивыми оказались пикапы и внедорожники. Лучший результат (пять звезд) продемонстрировало четырехдверное купе Mazda Rx-8 (вероятность опрокидывания 8%), худший (две звезды) - внедорожник Ford Explorer Sport Trans с вероятностью опрокидывания 34,8%.

Согласно американской статистике 90% случаев опрокидывания связаны с потерей концентрации внимания водителем. Один из типичных случаев - водитель «не замечает» поворота и съезжает в кювет (рис.1).

Второй вариант связан с сильным выворачиванием баранки при съезде на правую обочину. При этом, автомобиль на асфальте шарахается в сторону противоположной обочины с последующим опрокидыванием (рис. 2).

Не следует также резко выворачивать руль обратно для коррекции заноса - машина может перевернуться на правой обочине (рис.3).

Опрокидывание может возникнуть при съезде одним или двумя колесами в глубокую обочину (кювет), чаще всего в процессе поворота под действием центробежной силы из-за высокой скорости. Когда колесо (колеса) опускаются в кювет,

общий центр тяжести смещается кнаружи. Автомобиль оказывается в неустойчивом состоянии, и даже небольшой импульс боковой силы вызывает глубокий крен и опрокидывание.

Однако, в большинстве случаев причиной опрокидывания служат действия самого водителя. Стремясь выйти из кювета и вернуть автомобиль на проезжую часть, водитель допускает сразу две ошибки: «закрывает газ» и поворачивает колеса в сторону дороги. Эти действия и дают тот вращательный импульс, который опрокидывает автомобиль.

Еще более опасным является рез-

кое торможение при одновременном маневре в кювете, особенно в тех случаях, когда сбоку имеется упор (препятствие).

Можно выделить четыре типа критических ситуаций, приводящих к боковому опрокидыванию

1. Удар задним колесом в боковую опору при вращении автомобиля, ритмическом или критическом заносе.

2. Соскальзывание заднего колеса в кювет.

3. Соскальзывание в кювет переднего наружного колеса.

4. Подброс внутреннего переднего колеса в повороте.

Анализ доступной отечественной судебно-медицинской литературы свидетельствует практически об отсутствии каких-либо исследований, посвященных экспертизе травмирования внутри салона автомобиля при опрокидывании. Имеется лишь одна диссертационная работа по установлению места нахождения пострадавших внутри салона автомобиля при его столкновении или опрокидывании с причинением смертельных повреждений, с использованием метода математического анализа [3]. Какие-либо работы, посвященные внутрисалонной не смертельной травме при опрокидывании автомобилей в доступной литературе отсутствуют.

Нами изучено 82 случая ДТП при опрокидывании без предшествующего столкновения легковых автомобилей различных марок отече-



Рисунок 3. Опрокидывание на правую обочину (ж. «Авторевю», №3, 2001)

ственного - 45 (55%) и иностранного - 37 (45%) производства, с целью уточнения места расположения водителя и пассажиров переднего и заднего сидений в салоне по характеру и локализации не смертельных повреждений. Все автомобили были с левосторонним расположением рулевого управления. Согласно материалам дознания и следствия, и со слов пострадавших 30 человек (36,6%) в момент ДТП находились на месте водителя, 38 (46,3%) - пассажира переднего и 14 (17,1%) - пассажира заднего сидений. Ни в одном случае водитель и пассажиры не пристегивались ремнями безопасности и не сработали подушки безопасности.

Анализ повреждений проводился на основании изучения данных медицинских документов (карты стационарного и амбулаторного больных) и данных последующего осмотра потерпевших. Также изучались материалы уголовных дел, протоколы осмотра места происшествия.

Все наблюдения по типу опрокидывания автомобиля были разделены на:

- опрокидывание на правую боковую поверхность;
- опрокидывание на левую боковую поверхность;
- опрокидывание на крышу салона;
- опрокидывание в водоем на крышу салона.

При опрокидывании по ходу движения в правый кювет, на правую боковую поверхность повреждения получили 12 водителей (14,6%), 17 (20,7%) пассажиров переднего и 6 (7,3%) пассажиров заднего сидений.

У водителей отмечены повреждения в виде: ушибленных ран и ссадин мягких тканей волосистой части головы справа (2 наблюдения) и слева (1), ушибленной раны в области надбровной дуги справа (2); сотрясения головного мозга (2); кровоизлияния вокруг правого глаза; ушиба мягких тканей правой половины лица (1), шеи (1), грудной клетки справа (1), и поясничной области справа (1); локального перелома 5-го ребра справа по передне-подмышечной линии (1), компрессионных переломов тел

2-го шейного (1), 7-го (1), и 10-го грудных позвонков (1); кровоизлияния вокруг правого плеча (1), ушибленных ран в области правого плечевого сустава (1), правого плеча в с/з (2), тыльной поверхности правой кисти (2), правой голени (1).

У пассажиров переднего сидения повреждения представлены: ушибленными ранами правой височной области (1), области лба (1), нижней губы и подбородка, с кровоизлиянием вокруг правой половины лица (1), кровоизлиянием вокруг правого глаза (1), сотрясением головного мозга (1); переломами правой скуловой кости (1) правой ключицы (1), компрессионными переломами тел 11-12-го грудных (1) и 1-го поясничного позвонков (1); внутрисуставным переломом правой плечевой кости с вывихом головки (1), кровоизлияниями и ссадинами в области правого плеча (1), ушибленной раной в области правого локтевого сустава с переломом внутреннего мыщелка правой плечевой кости (1), ушибленными ранами левого предплечья и тыльной поверхности левой кисти (1), переломом 5-ой пястной кости правой кисти (1); кровоизлияниями в области левого коленного сустава (1), ушибом мягких тканей в области правого коленного (1) и левого голеностопного суставов (1), кровоизлияниями правого бедра и правой голени (1), диафизарным переломом правой бедренной кости (1), внутрисуставным переломом нижнего метаэпифиза правой бедренной кости (1), переломо-вывихом в правом голеностопном суставе (1).

Пассажиры заднего сидения получили следующие повреждения: ушибленные раны волосистой части головы в затылочной области и сотрясение головного мозга (2), резаные раны волосистой части головы (1), правой щеки (1), переносицы и спинки носа (1); разрыв правого акромиально-ключичного сочленения (1), конструктивные переломы 5-6-го ребер по задне-подмышечной линии справа (1); разрыв селезенки и гемоперитонеум (1), ссадины на спине (1), ушиб мягких тканей и ссадины на правом предплечье (1), закрытый перелом ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти (1), резаные раны в области

обеих коленных суставов (1);

При опрокидывании по ходу движения в правый кювет, на левую боковую поверхность, повреждения получили 13 (15,9%) водителей, 10 (12,2%) пассажиров переднего сидения, 5 (6,1%) пассажиров заднего сидения.

Повреждения у водителей при данном типе опрокидывания представлены: ушибленными ранами волосистой части головы слева (2), кровоизлиянием вокруг левой заушной области (1), области левого глаза (1), ссадинами лобной области справа (1), левой ушной раковины (1), сотрясением (1) и ушибом головного мозга с субдуральной гематомой в левой лобно-височной долях (1); ушибом мягких тканей шеи (1); конструктивными переломами левой ключицы (1) и 10-го ребра по средне-ключичной линии слева (1), компрессионными переломами тел 1-3-го поясничных позвонков (1); ссадинами на задней поверхности туловища (2), внутренней поверхности правого бедра (1), ушибом мягких тканей правого бедра (1).

У пассажиров переднего сидения образовались повреждения в виде: ушибленной раны волосистой части головы слева (1), сотрясения головного мозга (2), ссадин и царапин левой половины лица (3), ушиба мягких тканей шейного (1) и поясничного (1) отделов позвоночника; конструктивного перелома правой ключицы (1), локального перелома 4-го ребра по средне-подмышечной линии слева (1), локального перелома 9-го ребра по средне-подмышечной линии с повреждением ткани левого легкого, конструктивных переломов 5-7-го ребер слева по задне-подмышечной линии и разрыва акромиально-ключичного сочленения слева (1), компрессионных переломов тел 2-4-го поясничных позвонков (1); кровоизлияний и ссадин на левом плече (1), тыльной поверхности обеих кистей (1), резаной раны пальцев левой кисти (1), травматической ампутации правой кисти (1), ушиба мягких тканей левого бедра (1), ушибленной раны левого коленного сустава (1),

У пассажиров заднего сидения при этом типе опрокидывания отмечены: ушибленные раны волосистой части головы слева (3), ссадины

правой половины лица (4), ушибы мягких тканей левой половины грудной клетки (2), поясничной области слева (1); конструкционные переломы 8-12-го ребер слева по задне-подмышечной линии (1), ссадины тыльной поверхности правой (1) и левой (1) кистей, левой голени (2).

При опрокидывании автомобиля в левый кювет по ходу движения, на правую боковую поверхность повреждения возникли у 2-х водителей и 4-х пассажиров переднего сидения.

У водителей повреждения представлены: ссадинами лица (1), закрытым переломом костей носа (1), ушибом мягких тканей грудной клетки спереди (1), компрессионным переломом тела 1-го поясничного позвонка (1).

У пассажиров переднего сидения определялись: ушибы мягких тканей волосистой части головы и шейного отдела позвоночника (1), правого надплечья (1), поясничной области справа (1); конструкционный перелом в с/з правой ключицы (1), компрессионный перелом тел 6-го и 8-го грудных позвонков (1).

При опрокидывании автомобиля на крышу салона в правый кювет по ходу движения пострадали 3-е (3,7%) водителей и 4-ро (4,9%) пассажиров переднего сидения.

У водителей отмечены повреждения в виде: ушиба мягких тканей волосистой части головы слева (1), ушиба головного мозга с переломом костей основания черепа (1), крово-подтеков и ссадин в лобной области

справа (1), подвывиха 3-го шейного позвонка с переломом его суставного отростка (1), конструкционных переломов 5-8-го ребер по задне-подмышечной линии слева (1), ссадин тыльной поверхности правой кисти (2).

Пассажиры переднего сидения получили: ушибы мягких тканей волосистой части головы слева (1), задней поверхности туловища (1); компрессионные переломы тел 7-го шейного (1), 12-го грудного и 1-2-го поясничных позвонков (1),

При опрокидывании автомобиля в водоем на крышу салона повреждения получили 2 пассажира переднего и 2 пассажира заднего сидений.

У пассажиров переднего сидения обнаружены повреждения в виде: компрессионных переломов тел 5,6,8-го грудных позвонков (1) и ссадины правой голени (1).

У пассажиров заднего сидения выявлены: сотрясение головного мозга (1), ушиб мягких тканей левой лопаточной области и левого предплечья (1).

Анализ исследованного материала показал, что при опрокидывании движущегося автомобиля без предшествующего столкновения, локализация формирующихся не смертельных повреждений у водителя и пассажиров переднего и заднего сидений зависят от типа опрокидывания:

- при опрокидывании автомобиля на правую боковую поверхность возникшие повреждения и у

водителя, и у пассажиров преимущественно имеют правостороннюю локализацию; при опрокидывании на левый бок, преимущественно - левостороннюю;

- при опрокидывании на крышу салона существенных различий по локализации повреждений не выявлено, вероятнее всего из-за небольшого числа пострадавших;

- характерными при опрокидывания автомобиля для водителей и пассажиров салона можно считать компрессионные переломы тел позвонков во всех отделах позвоночника;

- при опрокидывании автомобиля на крышу салона повреждения отмечаются преимущественно в области головы и позвоночника;

- при всех видах опрокидывания не травмировались: грудина, лопатки, кости таза, в единичных случаях повреждались органы грудной и брюшной полостей.

Использованные источники:

1. Солохин А.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомо-бильной травмы. М., «Медицина», 1968, 234с.

2. Словарь синонимов под редакцией А.П. Евгеньевой, Л., «Наука» 1975, С 327.

3. Швец А.И. Установление местонахождения пострадавших внутри автомобиля при его столкновении или опрокидывании с использованием элементов теории вероятностей. – М., 1989, 21с.

12 ноября 2010 г. в Москве, в Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья РАМН прошел международный симпозиум «Традиции и новаторство в истории отечественной медицины», посвященный 200-летию со дня рождения Н.И.Пирогова.

На международном симпозиуме судебными медиками были представлены следующие доклады:

1. Е.Х.Баринов, Е.А.Башкирева, Ю.К.Сальников, П.О.Ромодановский «Н.И.Пирогов и судебная медицина в России».

2. Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский «Неизвестные страницы судебно-медицинской баллистики».

ЛОЖНАЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА БЕДРА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ

Статья основана на наблюдении из практики, когда следствием был поставлен вопрос об установлении прямой причинно-следственной связи между повреждением области бедра и аневризмой, в дальнейшем расцененной как посттравматическая. Освещена актуальность судебно-гистологического метода исследования послеоперационного материала, которое выявило наличие давней посттравматической (ложной) аневризмы, что явилось решающим для формирования выводов комиссионной судебно – медицинской экспертизы

Ключевые слова: ложная аневризма, раневой канал, ангиографическое исследование, причина смерти

Аневризма – расширение просвета артериального сосуда на ограниченном участке вследствие выпячивания сосудистой стенки, бывает истинная и ложная. В основе истинных аневризм лежат патологические изменения сосудистой стенки, связанные с заболеванием сосудов, например, узелковый периартериит, узловатый полиартериит, аллергические васкулиты, гипертонические вазопатии. В основе ложных – травма, так называемые травматические аневризмы, возникающие после ранения сосудов. При касательном ранении обычно небольшого сосуда его внутренняя оболочка, интима, остаётся неповреждённой и под воздействием артериального давления выпячивается в виде мешка. Организация последнего начинается уже с 12-17-ого дня и при длительном существовании может оказаться обызвествленной. В отдалённом периоде сосудистой травмы ангиохирургам нередко приходится сталкиваться с различными осложнениями, в 56% которых преобладают аневризмы. Клинически они проявляются припухлостью, пульсацией, шумом, болевым синдромом, а наличие турбулентного кровотока в полости аневризмы способствует тромбообразованию [4].

Диагностировать подобные аневризмы, установить их давность и причинно-следственную связь с травмой в ряде случаев сложно, о чём и свидетельствует приведенное ниже наблюдение из практики.

Наблюдение 1.

Гр-н З., 36 лет, доставлен СМП в стационар 24.05.09 в 23ч.40мин с колото-резаной раной наружной поверхности верхней трети правого бедра, размерами 2х0.5см. Края раны ровные, углы острые, просвет раны заполнен свертком крови, кровотечение незначительное. Из анамнеза: избит и порезан в драке. Проведена ПХО раны: раневой канал расширен до 8-10см, направление канала спереди назад, сверху вниз, который слепо заканчивается в наружной группе мышц латеральной поверхности верхней трети правого бедра на глубине 5-6см. Произведена ревизия раневого канала, гемостаз электрокоагуляцией, ушивание мышцы и фасции бедра. Потеря крови до 200мл. Выписан с выздоровлением через 10 дней. Однако, 16.07.09, т.е. через 1.5 месяца после травмы, гр-н З. вновь был доставлен СМП в другой стационар с жалобами на боли в области внутренней поверхности нижней трети правого бедра и повышение температуры до 38°C. Объективно: внутренняя поверхность бедра горячая на участке до 20 см, болезненная при пальпации, с неизменённым цветом кожи. В медицинской карте обозначены следующие диагнозы:

- диагноз СМП: абсцесс внутренней поверхности правого бедра;
- диагноз при поступлении: флегмона правого бедра;
- диагноз клинический: посттравматическая межмышечная гематома правого бедра с нагноением;

- диагноз послеоперационный: ножевое ранение правого бедра от 24.05.09; посттравматическая аневризма глубоких артерий бедра, артериальное кровотечение, геморрагический шок I ст.

Таким образом, изначально, до операции, все диагнозы были ошибочными, а послеоперационный диагноз однозначно, но голословно, связывался с ранением правого бедра от 24.05.09. Как видно из приведённых диагнозов (абсцесс, флегмона, нагноившаяся гематома) хирурги и не предполагали, что они могут вскрыть аневризму и не были готовы к возможным осложнениям (операция проводилась ночью, экстренность операции в медицинских документах не обоснована, предоперационная подготовка отсутствовала, УЗИ не сделано, сосудистого хирурга и запаса крови в отделении не было, а кровопотеря составила 3.500 мл).

Кровопотеря, развивающаяся только при повреждениях сосудов (аневризматический мешок – это видоизменённый патологическим процессом сосуд) рассматривается как геморрагический шок и при утрате до 3000-4000мл крови такой шок называется декомпенсированный необратимый. Подтверждением его необратимости служит неэффективность инфузионно-трансфузионной терапии (больному при заместительной трансфузии перелито 4.4 л крови и её препаратов).

По данным ангиохирургов [4] из неинвазивных методов диагно-

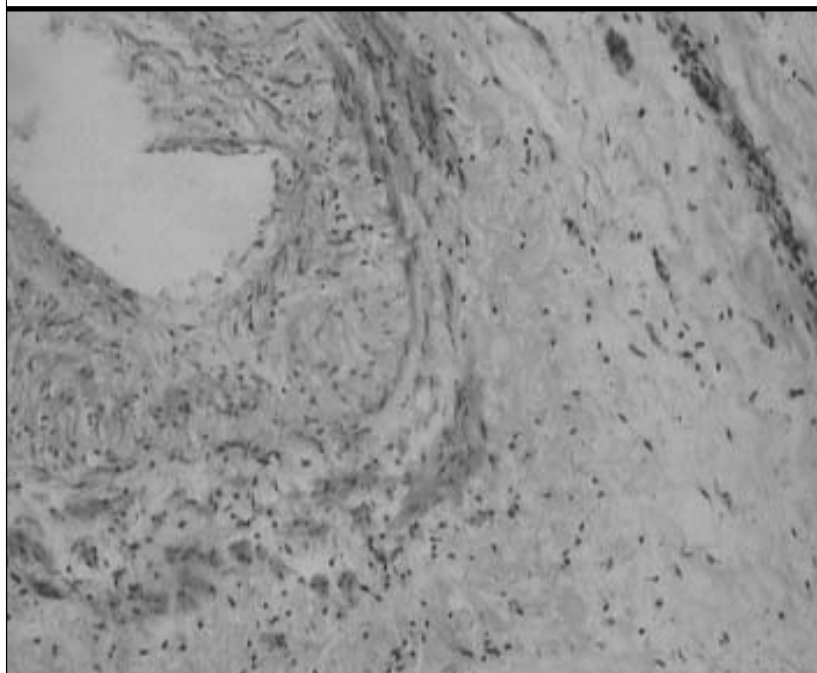


Рисунок 1. Неравномерное разрастание волокнистой соединительной ткани артерии мышечно-эластического типа с участками пролиферирующих соединительно-тканых элементов и сосудов. (об. 20, ок.10 окр. гематоксилин - эозином)

стики повреждений магистрального сосуда наиболее информативный – ультразвуковая доплерография, которая не только верифицирует нарушение кровотока, но и количественно оценивает эти изменения. Топография повреждённого сосуда определяется ангиографией, что позволяет в дальнейшем использовать щадящие реконструктивные вмешательства – от эмболизации аневризмы спиралью типа Ян-Турку до закрытия дефекта сосуда эндопротезом. При закрытой травме, что имело место в нашем случае, при ревизии определяют протяжённость повреждения сосуда, наличие и величину тромба, состояние окружающих тканей, но в том случае, когда установлен правильный диагноз [2].

Если причина смерти З. (обильная кровопотеря) была ясна и подтверждена судебно-медицинским исследованием трупа, то вопрос о том, связано ли образование аневризмы на внутренней поверхности нижней трети правого бедра с ранением наружной поверхности верхней трети правого бедра от 24.05.09 оставался открытым. Установление причинной связи между этими повреждениями имело важное значение, поскольку

первичное повреждение (небольшая колото-резаная рана наружной поверхности правого бедра в верхней трети глубиной до 6см) с судебно-медицинской точки зрения влекла за собой лёгкий вред здоровью, а последствия в виде осложнений (посттравматическая аневризма внутренней поверхности нижней трети правого бедра) исходом которой явилась обильная кровопотеря и смерть больного – как тяжкий вред здоровью. Наличие посттравматического характера аневризмы нижней трети бедра доказано интраоперационно 16.07.09: «...плотная, белесоватая капсула с патологическими тканями, фибрином и сгустками» и гистологически: стенка аневризмы с выраженными явлениями организации (среди неравномерного разрастания волокнистой соединительной ткани, местами гиалинизированной, участки пролиферирующих соединительно-тканых элементов и сосудов, многочисленные сосудистые просветы различного типа, в том числе и примитивного строения, тонкостенные, разного калибра и артериальные сосуды мышечно-го и мышечно-эластического типа с выраженными дистрофическими и некробиотическими изменениями мышечных и эластических воло-

кон) (рис.1,2). Интраоперационно и повторным гистологическим исследованием с использованием дополнительных верифицирующих микроскопических методик установлено, что у З. имелась ложная, давняя (по макро- и микроскопической картине значительно превосходящая срок 1.5 месяца), посттравматическая артериально-венозная аневризма внутренней поверхности средней трети правого бедра (в анамнезе травма внутренней поверхности бедра, давность которой потерпевший не вспомнил). Такие аневризмы, по классификации Шевченко Ю.Л. (1998) относят к контузии артерий (без видимого нарушения целостности слоёв стенки артерии или с кровоизлияниями в её стенку) [5]. Установлено также, что раневой канал после первичного ранения наружной поверхности правого бедра не имел косоного направления и не переходил на внутреннюю поверхность средней трети правого бедра, т.е. существовал самостоятельно. Однако в медицинских документах (история болезни, протокол судебно-медицинского исследования) не описан рубец после первичного оперативного вмешательства (при ПХО рана была расширена до 8см-10см с последующим наложением швов), что относится к дефектам медицинской документации как лечебного, так и судебно-медицинского учреждения.

Лечение таких аневризм только оперативное и, как правило, проводится в специализированных сосудистых отделениях после ангиографических исследований [3]. Нередко посттравматические аневризмы принимают за абсцесс или флегмону, вскрытие которых влечёт за собой мощное, часто смертельное кровотечение, что, в сущности, имело место в данном случае.

Таким образом, поставленный перед экспертной комиссией вопрос о причинно-следственной связи между первичным повреждением и образованием посттравматической аневризмы был решён следующим образом: смерть З. наступила во время операции от обильной кровопотери (3500-4000мл), т.е. утраты более 50% крови, как результат вскрытия недиагностированной до

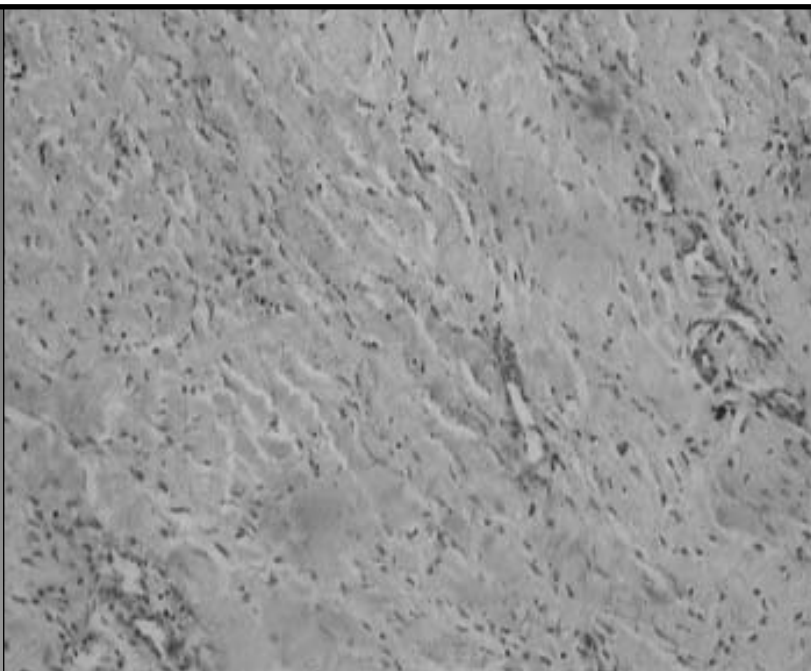


Рисунок 2. Участки пролиферирующих соединительно-тканых элементов и сосудов, многочисленные сосудистые просветы различного типа (об.40 ок.10 окр. гематоксилином - еозином)

операции артериально-венозной аневризмы глубоких сосудов внутренней поверхности правого бедра. Эта аневризма, как следствие травмы, образовалась давно, существовала самостоятельно и не имеет отношения к колото-резаной ране наружной поверхности правого бедра. Несмотря на доста-

точно высокий уровень развития современной хирургии при травмах сосудов конечностей погибают около 55% пострадавших мирного времени [1]. Успех лечения сосудистой травмы и посттравматических аневризм зависит от точности диагностики и быстроты оказания специализированной хирургической

помощи.

Использованные источники:

1. Бочаров, С. М. Ангиографическая диагностика и эндоваскулярное лечение при травме артерий: автореф. дис. ...канд.мед.наук./ С.М. Бочаров С.М.; Москва., 2009.- 26 с.
2. Ермолов, А.С. Лечение больных с травмой сосудов в условиях мегаполиса /А.С. Ермолов, В.Л. Леменив, И.П. Михайлов// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.-2003.- №12.-С.73-75.
3. Кохан, Е.П. Всероссийская научная конференция "Оказание специализированной хирургической помощи при травмах и ранениях сосудов" /Е.П. Кохан Е.П./// Ангиология и сосудистая хирургия. – 2003. – №2. – С. 136-139.
4. Стойда, А.Ю. Дуплексное сканирование: прогнозирование возможностей и мониторинг результатов эндоваскулярного стентирования окклюзирующих поражений артерий нижних конечностей /А.В. Стойда, К.Б.Фролов //Международный журнал интервенционной кардиологии. – 2004.- № 6. – С.42.
5. Шевченко, Ю.Л. Прогнозирование в кардиохирургии /Ю.Л. Шевченко, Н.Н. Шихвердиев, А.В. Оточкин // СПб., 1998.- С.171-173.

БИБЛИОТЕКА ЭКСПЕРТА

Стихотворения разных лет. – Тула: «Гриф и К», 2010. – 104 с.

Барсегянц Л.О.

В новом поэтическом сборнике известного ученого, судебного медика, доктора медицинских наук, профессора кафедры судебной медицины ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Люсик Оганесовны Барсегянц представлены стихотворения, написаны автором в разные годы.

Предисловие к сборнику написано судебным медиком Е.Х.Бариновым.

БИБЛИОТЕКА ЭКСПЕРТА

Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Овагим Христофорович Поркшеян. – Ереван: «ИНТЕРДИЗАЙН», 2010. – 123 с.

Баринов Е.Х., Пашиян Г.А., Бишарян М.С.

В книге содержатся сведения о жизни и деятельности видного отечественного ученого, судебного медика, заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук, профессора Овагима Христофоровича Поркшеяна. Данная работа приурочена к 100-летию со дня рождения ученого.

Ю.А.Молин

ТВОРЧЕСТВО АГАТЫ КРИСТИ – МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ (к 120 – летию со дня рождения)

Статья посвящена творчеству выдающейся английской писательницы, автора известных деттивов А.Кристи. В статье рассмотрены медицинские аспекты в творчестве писательницы

Ключевые слова: Агата Кристи, детектив, токсикология

Первая дама детектива, получившая от поклонников титул «Герцогиня Смерть», на во-прос «Почему леди предпочитает яды?» обычно отвечала: «Мертвецы в луже крови мне не нравятся. Огнестрельного оружия я стараюсь избегать, так как ничего не понимаю в нем. Вот отравлять – гораздо легче; в ядах я разбираюсь».

...Кажется, Господь совместно с природной любознательностью Агаты сложили мозаику ее бытия так, чтобы она стала не просто автором детективов, а королевой этого жанра. Первый человек, которого она удивила склонностью к тайнам, была ее мать, испытывавшая шок от заявления гувернантки, что четырехлетняя Агата уже умеет читать. Когда и как она приобщилась к чтению – для всех осталось загадкой. Математика, «царица всех наук», приводила Агату в восторг. Ей казалось, что за условиями самых простых задач типа «У Джона пять яблок, у Джорджа – шесть» скрывается криминальная интрига. Свою лепту внесла и старшая сестра Медж, пересказав девочке однажды знаменитый рассказ Конан Дойла «Голубой карбункул». Как потом вспоминала А.Кристи, именно тогда «в каком-то уголке моего мозга, где рождаются темы для книг, появилась мысль: «Когда-нибудь я сама напишу детективный роман».

Стала бы Агата писательницей, если бы не главная любовь ее жизни – фармакология? Не зря говорят, что в жизни случайностей не бывает. Во время Первой мировой войны Агата, чтобы быть рядом с будущим мужем, работала и проходила курс обучения в военном госпитале. Здесь судьба уготовила ей судьбоносную встречу с опытным аптекарем, личностью незаурядной и боль-

шим поклонником ядов. Как-то в разговоре, показывая своей воспитаннице маленький пузырек с темной густой жидкостью, он сказал: «Это кураре – мой лучший друг. Я с ним не расстаюсь. Так я чувствую себя сильнее!». Не исключено, что эти слова сделали яды, другие сильнодействующие вещества одним из постоянных предметов увлечения и неизменным «действующим лицом» ее произведений.

В 1924 году в книге «Дорога грез» было напечатано стихотворение Кристи:

«Со времен Борджиа и до наших дней
Они доказывают свою силу и мощь!
Голубой аконит, просто Аконит,
И смертельный Цианид!
В них дремлют утешенье и успокоенье,
И сила, и мужество,
В них и угроза, и убийство,
и внезапная смерть,
в этих зеленых и голубых склянках!»

Постигая тайны фармакологии, готовя порошки, капли и микстуры, она воплотила в жизнь давнюю мечту – написала первый детектив «Таинственное происшествие в Станлз». Стоит ли удивляться, что героиня его была отравлена ядом?

В личной жизни было не все так легко, как ей мечталось. Неудачный первый брак стал достоянием бульварной прессы. И сейчас в истории ее развода биографы находят много «детективных моментов». Хотя могло ли быть по-другому у Королевы детектива? Оставим личную жизнь Агаты Кристи для исследования биографов. Тем более, что на ее жизненном пути появился любимый человек – известный археолог Макс Мэллоун, вместе с которым она объехала почти весь Вос-

ток, и все новое, что отмечал ее любознательный ум, становилось основой нового романа. Яды попрежнему лидировали среди «орудий убийства».

После констатации того факта, что в большинстве произведений Агаты Кристи жертвы умирают от отравлений, два берлинских врача: Фолькмар Шнайдер и Бенно Рис-сельман, провели «расследование» для того, чтобы выяснить, каким талантом обладала писательница в области смешивания ингредиентов, предназначенных для умерщвления персонажей. Результаты превзошли все ожидания. Кроме знаменитых мышьяка и цианистого калия – «Королей ядов», в ее книгах фигурируют: стрихнин, соляная кислота и даже таллий, малоизвестный тяжелый металл, впервые выделенный в 1896 году и использованный в одном из нашумевших убийств годом позже. Писательница знала об этом случае и «задействовала» таллий в детективе «Вилла «Белый конь»...» В 1997 году, спустя 36 лет после опубликования детектива, в одну из лондонских больниц поступила девочка с симптомами загадочного заболевания, которое специалисты затруднялись диагностировать. К счастью, одна из медсестер, читавшая «Виллу «Белый конь»», заметила, что это типичный случай отравления таллием. Так детективный роман спас жизнь человека...

Проводя свое расследование, берлинские врачи обнаружили, что писательница-фармаколог была прекрасно знакома с токсическими свойствами никотина, впервые примененного для совершения убийства в 1850 году. Ф.Шнайдер и Б.Риссельман пришли к выводу, что детали, описанные в книгах Агаты Кристи, свидетель-

ствуют о том, что она была настоящим профессионалом в области ядов. «Это хороший повод для того, чтобы считать произведения Кристи не только развлекательной литературой – что не подлежит сомнению, но и учебником для изучения ошибок, совершенных при медицинском диагностировании», – сделали вывод немецкие врачи. Остается только удивляться поразительной осведомленности Кристи в науке составления ядовитых «коктейлей»: цианид, плоды тисового дерева, цикута, стрихнин, веронал...

С такими глубокими познаниями она могла стать и успешным фармацевтом, и знаменитым химиком. Но судьба «поступила» иначе, подарив читателям автора детективов. Под псевдонимом Мэри Вестмакотт ею было написано и несколько «женских» романов. В 1945 году в Англии вышел сборник расска-

зов «Расскажи мне, как ты живешь», основанных на переписке Агаты и Макса Мэллоуна. В ответ на дискуссию в прессе об этой книге Мэри Вестмакотт впервые явилась публике: в интервью газетам Агата Кристи призналась, что она и мисс Вестмакотт – один и тот же человек, хотя совершенно разные писательницы. «Все мы пали жертвой мистификации! – писали журналисты. – Миссис Кристи обвела нас вокруг пальца, и мы убедились в том, что эта женщина не только умеет придумывать загадки – она сама есть воплощение тайны». И все-таки любовь к фармакологии и тайнам ядов оказалась сильнее желания описывать дешевые любовные переживания...

Последний роман «Занавес» А.Кристи не решалась опубликовать, словно предчувствуя, что это реквием. По его сюжету в Стайлзе, месте действия пер-

вого романа, разгадав очередное убийство, Эркюль Пуаро погибает. Игра знаменитого сыщика закончилась, и жизнь Агаты Кристи, как пьеса, подошла к финалу... Завершилась причудливая мозаика ее жизни. Последнее письмо Пуаро к своему другу Гастингсу очень напоминает прощание «Герцогини Смерть» с ее читателями: «Мы никогда уже больше не вступим вместе на тропинку из преступных следов. Но это была прекрасная жизнь! Ах, какая это была прекрасная жизнь!».

Агата Кристи скончалась в 1976 году, в возрасте 86 лет. Ее работы были переведены на 100 языков народов мира и изданы тиражом 2 миллиарда экземпляров. Супруг тяжело переживал утрату, всегда вспоминая слова жены: «Смерть – самое большое приключение, которое может случиться с человеком».

Подписка в любом почтовом отделении связи по каталогу “Роспечать”

ф. СП-1

ФГУП “ПОЧТА РОССИИ”
УФПС г.Москва

АБОНЕМЕНТ на журнал

22769

(индекс издания)

Медицинская экспертиза и право

(наименование издания)

Количество
комплектов:

на 2011 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА

на журнал

22769

(индекс издания)

Медицинская экспертиза и право

(наименование издания)

Стои-
мость

подписки

руб. коп.

переадресовки

руб. коп.

Количество
комплектов:

на 2011 год по месяцам:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Куда

(почтовый индекс)

(адрес)

Кому

(фамилия, инициалы)

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ) ОТ 17 НОЯБРЯ 2009 Г. N 906Н "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ"	1-7
ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 26 января 2010 г. N 1 «О ПРИМЕНЕНИИ СУДАМИ ГРАЖДАНСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА, РЕГУЛИРУЮЩЕГО ОТНОШЕНИЯ ПО ОБЯЗАТЕЛЬСТВАМ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЖИЗНИ ИЛИ ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАНИНА»	2-3
ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ГУРГЕНА АМАЯКОВИЧ ПАШИНА	1-3
Ф.В. Алябьев, Ю.М. Падеров	
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОГИСТИЧЕСКОГО РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА С ЦЕЛЬЮ ВЕРОЯТНОСТНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ	5-30
В.И.Акопов	
О СОВЕСТИ, КАЧЕСТВЕ РАБОТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА И НЕКОТОРЫХ ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМАХ ЭКСПЕРТИЗЫ	4-17
О.Г.Асташкина	
СУДЕБНАЯ БИОХИМИЯ – ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ (К 45-летию судебной биохимии в Бюро СМЭ ДЗ Москвы)	1-5
О.Г.Асташкина, Е.П.Столярова, Н.В.Власова	
ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	2-37
О.Г. Асташкина, Е.П. Столярова, С.В. Полтарев, Н.А. Терешина	
УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЖИЗНЕННОСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ПО БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ	3-43
Л.О.Барсегянц	
УСТАНОВЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ В СМЕШАННЫХ ПЯТНАХ С СЕКРЕТОМ ВЛАГАЛИЩА ..	4-30
Е.Х.Баринов	
СЛУЧАЙ ПРИЧИНЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ИЗ СТРОИТЕЛЬНО-МОНТАЖНОГО ПИСТОЛЕТА	1-48
Е.Х.Баринов, Н.Н.Живодеров, П.О.Ромодановский	
ОСНАЩЕННОСТЬ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В XIX СТОЛЕТИИ	2-46
Е.Х.Баринов, О.В.Родин, А.В.Тихомиров	
ПРАВОВАЯ ОБЩНОСТЬ И РАЗЛИЧИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	3-5
Е.Х.Баринов, О.В.Родин, А.В.Тихомиров	
ПРЕДМЕТНАЯ ОБЛАСТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	3-8
Е.Х.Баринов	
ПРОФЕССОР М.Я.МУДРОВ И СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА	3-48
Е.Х.Баринов, Б.М.Муздыбаев, П.О.Ромодановский, Д.В.Фролов, Е.Н.Черкалина	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО УГОЛОВНЫМ И ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРО-	
ФЕССИОНАЛЬНЫМИ ОШИБКАМИ И ДЕФЕКТАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	4-22
Е.Х.Баринов, Б.М.Муздыбаев, Е.Н.Черкалина	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛГОРИТМА ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК ВРАЧЕЙ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ	4-33
Е.Х.Баринов, И.Н.Иванов, М.Д.Мазуренко, В.Ф.Коржевская	
ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ РФ, ПРОФЕССОР ОВАГИМ ХРИСТОФОРОВИЧ ПОРКШЕЯН	5-5
Е.Х.Баринов, А.В.Тихомиров	
СУДЕБНО МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ, СВЯЗАННЫХ С «МЕДИЦИНСКИМИ» СПОРАМИ	6-5
П.В.Белоусов, Л.В.Столярова	
ЦАРЕВИЧ ДМИТРИЙ ИВАНОВИЧ: «САМОЗАКЛАННИЕ», УБИЙСТВО, ИЛИ... (ОПЫТ ПАТОГРАФИИ)	2-49
Г.В.Бобро	
К ИССЛЕДОВАНИЮ ПРИЧИННОСТИ В СУДЕБНО МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ	6-8
А.П.Божченко, С.А.Иваненко, С.А.Моисеенко, И.М.Никитин, И.А.Толмачев	
АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ФЗ «О ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДАКТИЛОСКОПИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ В РФ» С МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПОЗИЦИЙ	4-6
И.В.Буромский, Е.М.Кильдюшов, Е.А.Башкирева	
ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ВНЕСЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ В «МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА»	4-12
А. Ю. Вавилов	
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДАВНОСТИ СМЕРТИ ТЕРМОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ	1-25
Н. В. Власова, О. Г. Асташкина	
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХУРОВНЕВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРАВИЛА	1-30
И.В.Власюк	
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ПРИЧИНЕННОГО ДОМАШНИМИ КОШКАМИ	4-42
И.В.Власюк	
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИЧИНЕННОГО КРЫСАМИ	6-37
В.И. Витер, С.А. Кононова, Н.Г. Маркелова	
ДИСТАНЦИОННАЯ РАДИОМЕТРИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТЕМПЕРАТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ССАДИН КОЖИ ЖИВЫХ ЛИЦ В ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	2-28
В.И.Витер, Е.М.Шифман, А.Р.Поздеев	
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ДЕФЕКТОВ ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ	5-23
Л.Г.Воронкова, В.И.Царев, Б.С.Жарков	
ОТРАВЛЕНИЯ МУРАВЬИНОЙ КИСЛОТОЙ	2-45

С.Г.Данилова, А.В.Панов	
О СООТНОШЕНИИ ПРАВОВОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ И СВОБОДЫ УСМОТРЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	1-11
Л.М.Исаева, Д.И. Бутовский, Е.М.Кильдюшов	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОСМОТРА С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ	3-22
Л.М.Исаева, Д.И.Бутовский, Е.М.Кильдюшов	
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УЧАСТИЯ СУДЕБНО МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА В ОСМОТРЕ МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ	6-15
В.А.Козырев, Р.В.Калинин	
ПРАВА ПОТЕРПЕВШИХ НА ОБЪЕКТИВНОЕ РАССМОТРЕНИЕ ДЕЛ В ПРОЦЕССАХ (С МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ПОЗИЦИЙ ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)	5-13
В.Н. Коротун, Н.А. Наумова	
ВОЗМОЖНОСТЬ ПОСМЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В СЛУЧАЯХ ОТСРОЧЕННОГО СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	4-31
В.Н.Коротун, В.В.Лесников	
АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ КРИТЕРИЕВ ПОСТМОРТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОТСРОЧЕННОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОБЪЕКТОВ	6-22
С.А.Корсаков, Н.Н.Живодеров, Е.Х.Барин	
ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН, ПРОФЕССОР АЛЕКСАНДР ПЕТРОВИЧ ГРОМОВ (памяти ученого)	6-3
Л.Е.Кудрикова, Н.В.Елясова, Л.Г.Воронкова	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИГОКСИНА В БИОМАТЕРИАЛЕ АЦЕТОНЫМ МЕТОДОМ	1-45
С.В.Кузнецов, И.А.Толмачев	
УСТАНОВЛЕНИЕ СВОЙСТВ КЛИНКА ОСТРОГО ПРЕДМЕТА ПО КОНТАКТНЫМ СЛЕДАМ КРОВИ	6-20
С.В.Леонов, И.В.Власюк	
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ПРИЧИНЕННОГО СОБАКОЙ	5-38
О.В.Леонтьев	
УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	1-15
О.В.Леонтьев	
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАН В ЗАКОНОДАТЕЛЬНО-САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ	5-11
А.Е.Мальцев, И.В.Шешунов, В.В.Зыков	
КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВЕРШЕННЫХ САМОУБИЙСТВ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	5-32
Е.Н.Мартынова, Е.В.Беляева, Е.Х.Барин, П.О.Ромодановский	
СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕРДЦА (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)	2-43
Н.А.Михеева, Е.Х.Барин, П.О.Ромодановский	
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ СЛУЧАИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ УГОЛОВНЫХ И ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УСЛУГИ) В ПРАКТИКЕ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ	5-45
А.Г.Мкртчян	
КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	3-25
Ю.А.Молин	
МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ БИОГРАФИИ ВЕЛИКОГО КНЯЗЯ КОНСТАНТИНА КОНСТАНТИНОВИЧА (поэта К.Р.)	3-51
Ю.А.Молин	
ТВОРЧЕСТВО АГАТЫ КРИСТИ - МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ (к 120 летию со дня рождения)	6-49
В. Ю. Назаров, Г. П. Лаврентюк	
ПОЛИТИЧЕСКИЕ РЕПРЕССИИ И ПЕТЕРБУРГСКИЕ СУДЕБНЫЕ МЕДИКИ 1918 – 1953 ГГ.	1-51
В. Ю. Назаров	
ФИЗИКАТ И ОРГАНИЗАЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	4-51
В.Ю.Назаров	
МАТЕРИАЛЫ К БИОГРАФИЯМ ИНСПЕКТОРОВ С.-ПЕТЕРБУРГСКОГО СТОЛИЧНОГО ВРАЧЕБНО-ГО УПРАВЛЕНИЯ	5-49
А.В.Панов	
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОСУДНОСТИ СУДЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ПО ДЕЛАМ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	1-18
А.В.Панов	
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОСУДНОСТИ СУДЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ПО ДЕЛАМ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	2-13
Г.А.Пашинян, О.В.Родин, А.В.Тихомиров	
СОСТОЯНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	2-19
Г.А.Пашинян, Н.Е.Добровольская	
ПРАВОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	2-32
Г.А.Пашинян, М. С. Бишарян	
ИССЛЕДОВАНИЕ РИСУНКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯЗЫКА У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ..	2-40
Г. А. Пашинян, М. С. Бишарян	
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТВЕРДОГО НЕБА У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ	3-46
А.Р.Поздеев, О.Н.Арасланов	
ИНДИКАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ КОРРУПЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОБРАЩЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	4-8
А.Р.Поздеев, М.А.Васева	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАССЛЕДОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ, СОВЕРШЕННЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ	6-12
Т.Г.Попова, Е.Ю. Кураева	
ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ	5-26

И.И.Резников, Л.В.Саакян, Т.М.Степанян УСТАНОВЛЕНИЕ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ МЕТОДОМ СПИНОВЫХ ЗОНДОВ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСМОРТАЛЬНОГО ПЕРИОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЯЗЫКА И ПОЧКИ	5-35
О.В.Родин, А.В.Тихомиров ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРАВОВОЙ ОБОСНОВАННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	2-15
О.В.Родин, А.В.Панов, А.В.Тихомиров ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ДОГОВОРА И ДЕЛИКТА ИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ	3-16
О.В.Родин ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА ВЫВОДОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ ПО ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	4-4
П.О.Ромодановский, А.Г.Мкртчян, Е.Х.Баринов НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	4-26
Л.М. Сабурин, О.Г. Якушева, М.В. Теплухина СОДЕРЖИМОЕ КОСТНОГО КАНАЛА ФРАГМЕНТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КАКОБЪЕКТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПОВ ГАПТОГЛОБИНА И ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПО ДНК	6-27
Ю.К.Сальников, Е.Х.Баринов, Е.А.Башкирева, К.А.Куликов Н.И.ПИРОГОВ И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ (к 200-летию со дня рождения)	5-7
Б.А. Саркисян, Д.А. Карпов, С.Ю. Федоров ОТОБРАЖЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМЫ КОНЦЕВОЙ ЧАСТИ КЛИНКОВ И УГЛОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ КОЛЮЩЕ-РЕЖУЩИХ ОРУДИЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЯХ МНОГОСЛОЙНОЙ ПРЕГРАДЫ ..	1-41
Б.А. Саркисян, Д.А. Карпов, М.А. Шадымов МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА РЕЗАНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЖИ И ВОЛОС ГОЛОВЫ, ПРИЧИНЕННЫХ КОНСЕРВНОЙ ЖЕСТЬЮ	6-31
Б.А. Саркисян, И.В. Паньков ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ВОДИТЕЛЕЙ И ПассажиРОВ ПРИ НЕСМЕРТЕЛЬНОЙ ТРАВМЕ В САЛОНЕ ЛЕГКОВЫХ АВТОМОБИЛЕЙ ПРИ ОПРОКИДЫВАНИИ	6-42
В.Л.Сидоров ПРИМЕНЕНИЕ КОЛОРИМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЭКСПЕРТИЗЕ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ	3-28
А.В.Скребнев, Е.Х.Баринов СЛУЧАЙ ПРИЧИНЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕЕНИЯ ГОЛОВЫ ПРИ ВЫСТРЕЛЕ В УПОР	1-50
Ю.А.Солохин, И.В.Буромский, Е.М.Кильдюшов ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ РФ, ПРОФЕССОР ВИТАЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ КРЮКОВ	5-3
Д.В.Сундуков, А.М.Голубев, А.А.Леливская, П.Шаман, Ю.А.Городовикова МОРФОЛОГИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ АСПИРАЦИИ КРОВИ (экспериментальные, морфологические исследование)	4-39
А.В.Татаринцев, Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский, В.И.Ярема К ВОПРОСУ О ДЕФЕКТАХ ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	2-24
А.В.Татаринцев, Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский, В.И.Ярема ИЗУЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	5-17
Н.А.Терёшина, Е.Х.Баринов НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ КОМПРЕССИОННОЙ АСФИКСИИ	4-44
Е.Б.Толмачева, В.К.Шамрей, А.П.Божченко МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРЕДПОСЛОЖЕННОСТИ К НЕГАТИВНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ПОВЕДЕНИЮ	5-43
А.Л.Ураков, Н.А.Уракова, В.И.Витер, Т.С.Козлова ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ КРОВОПОДТЕКОВ ..	6-34
Д.В.Фролов К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ	
СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ	4-37
Т.М.Федченко, О.А.Дмитриева, И.Б.Боканович, М.О.Дмитриев ЛОЖНАЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА БЕДРА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ	6-46
Ю.А.Хрусталева К ВОПРОСУ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА С МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	4-35
А.Б.Шадымов, А.С.Новоселов ДИАГНОСТИКА ВОДИТЕЛЯ И ПАССАЖИРА ПЕРЕДНЕГО СИДЕНИЯ ПО ТИПАМ ПОСАДКИ И ДИНАМИКЕ ИХ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ПРИ ФРОНТАЛЬНЫХ СТОЛКНОВЕНИЯХ АВТОМОБИЛЯ	3-37
Н.Б. Шапкина, Б.А. Саркисян ДАННЫЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО КАЧЕСТВУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	3-34
А.В.Яковлев ПРОФЕССОР АКОПОВ ВИЛ ИВАНОВИЧ (к 80-летию со дня рождения)	3-3
И.В. Ярема, Г.А. Пашинян, В.И. Нахаев, В.М. Казарян, О.М. Новикова МЕДИКО-ПРАВОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЗАПИСЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	1-36
И.В. Ярема, В.М. Казарян, В.И. Нахаев, О.М. Новикова ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЯТРОГЕННОГО ОСТАВЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	6-27
Д.С.Яценко, Е.П.Чернецова, Т.Ю.Гаджиева ПОСМЕРТНАЯ ДИАГНОСТИКА МАЛЯРИИ (случай из экспертной практики)	4-48

АВТОРЫ

Баринев Евгений Христофорович

- доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ, к.м.н. (г. Москва). Координаты для связи: 111396, г. Москва, Федеративный пр., д. 17, кор. 6 (70 ГКБ). Каф. судебной медицины и медицинского права МГМСУ. Тел.: 8-495-302-63-26 (сл.), 302-82-34 (сл.)

Баканович Инна Борисовна

- врач - судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГУЗ «Приморское краевое Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 690091 г. Владивосток, ул. Лазо 3, тел. 8(4232) 2611 25

Бобро Геннадий Владимирович

- судебно-медицинский эксперт, зав. отделом (1973-1983); начальник Сумского областного Бюро судебно-медицинской экспертизы (1983-1987); начальник Запорожского областного Бюро судебно-медицинской экспертизы (1987-2000); заместитель мэра г. Запорожья (2000-2003), член экспертного совета при вице-премьер-министре Украины. Координаты для связи: Тел. моб. 050 486 40 63; e-mail: qwer1309@mail.ru

Бутовский Дмитрий Игоревич

- зав. отделом дежурных экспертов Бюро СМЭ Департамента здравоохранения г.Москвы, соискатель кафедры судебной медицины лечебного факультета ГОУ ВПО РГМУ Росздрава. Контактный адрес: 119435, г.Москва, пер. Хользунова, д.7, тел. (499) 246-45-28, e-mail: kem1967@yandex.ru, tanatolog@yandex.ru

Васева Марина Анатольевна

- судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГУЗ БСМЭ УР, Контактный адрес: 426009 ул. Ленина 87а. Телефон: +7 341 268-24-93

Витер Владислав Иванович

- заведующий кафедрой судебной медицины ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», д.м.н., профессор. Контактная информация: 426000, г. Ижевск, ул. К. Маркса, д. 308, кв. 8. Телефон - +7 - 3412 - 73 - 60 - 63

Власюк Игорь Валентинович

-доцент кафедры судебной медицины ДВГМУ, заведующий отделением медицинской криминалистики ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Хабаровского края, к.м.н. Контактный адрес: 680013 г. Хабаровск, ул. Служебная д.3, кв. 56, тел. дом. (4212) 42 66 93, моб. 8 - 914 - 543 - 70 - 41, email: Vla-suik1971@mail.ru

Дмитриев Михаил Олегович

- врач - хирург отделения неотложной хирургии ГКБ № 2, к.м.н., Контактный адрес: 690000 г. Владивосток, ул. Русская 57, тел 8(4232) 324872

Дмитриева Ольга Анатольевна

- заведующая курсом судебной медицины и права ГОУ ВПО «Владивостокский ГМУ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», заведующая отделом сложных экспертиз ГУЗ «Приморское краевое Бюро судебно-медицинской экспертизы», д.м.н., профессор РАЕ. Контактный адрес: 690091 г. Владивосток, ул. Лазо 3, тел. 8(4232) 261125

Живодеров Николай Николаевич

- доцент кафедры судебной медицины ММУ им.И.М.Сеченова, к.м.н. Контактный адрес: 119992, г.Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2., тел. 8-499-248-75-93

Исаева Любовь Михайловна

- полковник милиции, доцент, начальник Научно-исследовательского центра №5 Всероссийского научно-исследовательского института МВД России, к.б.н. e-mail: lm_isaeva@mail.ru

Казарян Варужан Меружанович

-с.н.с. лаборатории клинической и экспериментальной хирургии НИМСИ МГМСУ, д.м.н. e-mail: vardavart@yandex.ru

Карпов Дмитрий Александрович

- доцент кафедры судебной медицины ФПК и ППС Алтайского госемдунниверситета, к.м.н. 656038 г. Барнаул, пр. Ленина, 40. тел. 8-3852-380-880, 8-3852-667-520, e-mail: karpovsme@mail.ru

Кильдюшов Евгений Михайлович

- доцент, заведующий кафедрой судебной медицины лечебного факультета ГОУ ВПО НИУ «Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова», д.м.н. Контактный адрес: 119435, Москва, Хользунова пер., д. 7, (499) 246-45-28

Козлова Татьяна Сергеевна

- заместитель главного врача МУЗ «ГКБ № 1» города Ижевска по лечебной работе. Контактная информация: Телефон: 8 - 905 - 875 - 86 - 09.

Коротун Валерий Николаевич

- начальник ГУ-ЗОТ «Пермское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы», к.м.н. Контактная информация: 614002, г. Пермь, ул. Фонтанная, 12. Тел./факс (342) 216-15-15. E-mail: sudmedic@perm.raid.ru

Корсаков Сергей Александрович

- профессор кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ, академик РАЕН, д.м.н. Контактная информация: 111396, г. Москва, Федеративный пр., д. 17, кор. 6 (70 ГКБ), тел.: 8-495-302-63-26

Кузнецов Семен Валерьевич

- заведующий лабораторией - врач судебно-медицинский эксперт войсковой части 15644; Контактная информация: тел. 8 (813) 70-68-236; E-mail: nachsml@mail.ru

Лесников Владислав Владимирович

- судебно-медицинский эксперт ГУЗОТ «Пермское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы», аспирант кафедры судебной медицины ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» (зав. кафедрой - проф. В.И. Витер). Контактная информация: 614002, г. Пермь, ул. Фонтанная, 12. Тел./факс (342) 216-15-15. E-mail: sudmedic@perm.raid.ru

Нахаев Виктор Иванович

- главный врач ГКБ № 54, к.м.н., доцент. Контактная информация: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20/1. тел. 684-42-75.

АВТОРЫ

Новикова Ольга Михайловна – зам. гл. врача по хирургии ГКБ № 40, к.м.н. Контактная информация: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20/1. тел. 684-42-75.

Паньков Игорь Васильевич – зам. начальника по работе с территориальными отделениями Учреждения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», к.м.н. Контактная информация: 628001, г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, 40, блок Д. тел. 8-902-814-10-83. E-mail: pankoviv53@mail.ru

Поздеев Алексей Родионович – доцент, начальник кафедры криминалистики, ФГОУ «Нижегородская академия МВД РФ», Ижевский филиал, д.м.н. Контактная информация: 426021 Ижевск, гор. Машиностроителей, 114, кафедра криминалистики. тел.(3412) 711210 доб 127, 128.

Сабурин Лилия Михайловна – зав. биологическим отделением Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы. Контактная информация: 656038, г. Барнаул, ул. Чкалова, 58-а, тел. 36-90-27, 36-75-11, тел/факс (385-2) 36-75-11, e-mail: altairegion@sudmed.ru; akbsme@list.ru

Саркисян Баграт Амаякович, заслуженный врач РФ, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины ФПК и ППС Алтайского госмедуниверситета, д.м.н. Контактная информация: 656038 г. Барнаул, пр. Ленина, 40. тел. 8-3852-380-880.

Теплухина Марина Валентиновна – суд.мед.эксперт биологического отделения Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, Контактная информация: 656038, г. Барнаул, ул. Чкалова, 58-а, тел. 36-90-27, 36-75-11, тел/факс (385-2) 36-75-11, e-mail: altairegion@sudmed.ru; akbsme@list.ru

Тихомиров Алексей Владимирович – адвокат (гос. рег. номер 50/2867), член Московской областной коллегии адвокатов, член НП ИЦ ЮрИнфоЗдрав, главный редактор журналов «Главный врач: хозяйство и право», «Медицинская экспертиза и право», д.м.н., к.ю.н. (г. Москва). Координаты для связи: 127254 Москва, ул. Добролюбова д. 16, кор. 2, НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», Тел. (495) 618-00-81.

Толмачев Игорь Анатольевич – начальник кафедры судебной медицины Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, д.м.н., профессор. Координаты для связи: 198013, Санкт-Петербург, Загородный проспект, 47, кафедра судебной медицины, ФГОУ ВПО «Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова» МО РФ; тел. 8 (812) 316-57-66

Ураков Александр Ливиевич – заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», д.м.н., профессор. Контактная информация: 426054, г. Ижевск, а/я 1751. Тел. 8 – 3412 – 59 – 33 – 59. E-mail: urakov@udman.ru

Уракова Наталья Александровна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФПП и ПК ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», к.м.н. Контактная информация: 426054, г. Ижевск, а/я 1751. Телефон – 8 – 3412 – 59 – 33 – 59. E-mail: urakovanatal@mail.ru

Федченко Тамара Михайловна – доцент курса судебной медицины и права ГОУ ВПО «Владивостокский ГМУ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», врач – судебно – медицинский эксперт отдела сложных экспертиз ГУЗ «Приморское краевое Бюро судебно – медицинской экспертизы», д.м.н. Контактный адрес: 690091 г. Владивосток, ул. Лазо 3, тел. 8(4232) 2611 25

Шадымов Михаил Алексеевич, аспирант кафедры судебной медицины ФПК и ППС Алтайского госмедуниверситета. 656038 г. Барнаул, пр. Ленина, 40. тел. 8-3852-380-880, 8-3852-667-520.

Якушева Ольга Герольдовна – суд.мед.эксперт биологического отделения Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, 656038, г. Барнаул, ул. Чкалова, 58-а, тел. 36-90-27, 36-75-11, тел/факс (385-2) 36-75-11, e-mail: altairegion@sudmed.ru; akbsme@list.ru

Ярема Иван Васильевич – профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии лечебного факультета МГМСУ, член-корр. РАМН, д.м.н. Контактный адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20/1. тел. 684-42-75.

Молин Юрий Александрович – профессор, заместитель начальника ГУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области, профессор кафедры судебной медицины СПб МАПО, д.м.н. Контактная информация: 198095 Санкт-Петербург, ул.Шкапина, д.36-40, литер «Б», телефон/факс (812) 252-49-33, 252-31-24

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ К ПУБЛИКАЦИИ

1. Общие требования к предоставляемым материалам:

1.1. Статья должна соответствовать профилю и уровню научных публикаций журнала.

1.2. Язык публикуемых статей – русский.

1.3. Объем статьи не лимитируется (статьи объемом более 30000 знаков публикуются частями в последовательных номерах).

1.4. Статьи публикуются в порядке очередности их представления. В случае если автор является подписчиком журнала, представляемая им статья имеет приоритет в сроках публикации. Если статья имеет несколько соавторов, то право приоритета в сроках публикации возникает при условии подписки на журнал всех авторов, в противном случае статья публикуется в общей очередности.

1.5. Статьи публикуются при положительном решении редакции о публикации. В случае отказа автору направляется мотивированный отказ.

1.6. К рассмотрению принимаются статьи, направленные в редакцию:

- на электронном носителе (дискета, CD, DVD, флешдиск);

- посредством электронной почты на адрес издательства jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru.

Представление статьи на бумажном носителе не обязательно.

1.7. Статья представляется в виде одного файла. Формат файла MS Word или rtf. Желательно использование популярных шрифтов (Times New Roman, Arial и т.д.), размер шрифта на усмотрение автора. Межстрочный интервал – полуторный. Таблицы оформляются средствами MS Word непосредственно в статье. Рисунки, фотографии, любые иные графические материалы, используемые в статье, представляются каждый в отдельном файле (наименование файла соответствует ссылке на него в статье). Название графического материала приводится в ссылке на этот материал. Нумерация графических материалов производится арабскими цифрами. Графические материалы печатаются в черно-белом исполнении вне зависимости от формата их представления в цвете или нет.

1.8. Минимальные требования к содержанию файла:

1 страница – титульный лист, содержащий, наименование статьи (прописными (большими) символами), ФИО автора(ов), его (их) ученые степени, звания, контактная информация (телефон, адрес электронной почты)

2 страница и последующие – текст статьи

1.9. Авторы статей несут ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не всегда разделяет мнения авторов и не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных.

Редакция журнала не несет никакой ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

Редакция вправе изъять уже опубликованную статью, если выяснится, что в процессе публикации статьи были нарушены чьи-либо права или общепринятые нормы научной этики.

О факте изъятия статьи редакция сообщает автору, который представил статью, рецензенту и организации, где работа выполнялась.

Статьи и предоставленные CD-диски, другие материалы не возвращаются.

1.10. Плата за публикацию рукописей не взимается. Авторские гонорары также не выплачиваются. Рекламные материалы (включая скрытую рекламу) публикуются только за установленную плату и лишь в случае соответствия редакционной политике.

1.11. Направляя статью для публикации, автор соглашается с ее публикацией в открытом доступе через год после опубликования в журнале на сайте Индекса научного цитирования, что является одним из требований включения журнала в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России.

2. Требования к научным статьям

2.1. Научные статьи подлежат независимой экспертизе (рецензированию). Рецензенты – доктора или кандидаты наук.

2.2. Титульный лист научной статьи должен содержать (обязательны все элементы, перечисленные ниже):

1) ФИО автора(ов), ученые степени, звания, должность и место работы, контактная информация (почтовый адрес с индексом, телефон, адрес электронной почты) – если авторов несколько, указывается информация по каждому автору

2) Наименование статьи (прописными знаками)

3) Краткую аннотацию статьи (на русском и английском языках)

4) Перечень ключевых слов (на русском и английском языках)

2.3. В конце статьи обязателен библиографический список использованных в статье материалов. Оформление библиографического списка должно соответствовать ГОСТ 7.0.5-2008. «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления».