

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



**КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ООО «ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ»**



**ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ,
ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРАВА**

ВЫПУСК 3

Краснодар

2011

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ООО «ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ»

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ,
ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРАВА
(материалы межрегиональной
научно-практической конференции посвященной 95-летию
Кубанского государственного медицинского университета
и кафедры судебной медицины)

ВЫПУСК 3

Под редакцией председателя Краснодарского отделения ООО «ВОСМ»,
зав. кафедрой судебной медицины КубГМУ, доктора медицинских наук,
профессора, академика Российской Академии Естествознания,
Заслуженного врача Российской Федерации В.А. Породенко

Краснодар
2011

Проблемы судебной медицины, экспертизы и права, выпуск 3.

Материалы межрегиональной научно-практической конференции посвященной 90-летию Кубанского государственного медицинского университета и кафедры судебной медицины (под ред. В.А. Породенко).

Краснодар: Изд-во, 2011. 130 –с.

В сборнике опубликованы материалы научных и научно-практических исследований, выполненных профессорско-преподавательским коллективом, аспирантами и соискателями кафедр судебной медицины ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» (КубГМУ) Минздравсоцразвития России, ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова) Минздравсоцразвития России, ФГУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Минобороны России» (ФГУ ВПО ВМА им. С.М. Кирова МО РФ), ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» (РостГМУ) Минздравсоцразвития России, экспертами ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Департамента здравоохранения Краснодарского края, профессорско-преподавательским коллективом кафедры педиатрии №1 ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» (КубГМУ) Минздравсоцразвития России, преподавателем кафедры уголовно-процессуального права Северо-Кавказского филиала ГОУ ВПО РАП, врач специализированной клинической психиатрической больницы № 1.

Для научных работников, преподавателей судебной медицины, права и биоэтики медицинских и юридических вузов, сотрудников экспертных учреждений.

Посвящается

90-летнему юбилею

*Кубанского государственного
медицинского университета*

и

кафедры судебной медицины



СОДЕРЖАНИЕ

В.А. ПОРОДЕНКО ЭТАПЫ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ КУБАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	10
В.В. АЛЬШЕВСКИЙ, И.А. ТОЛМАЧЕВ ПРАВОВЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ.....	14
С.А. АНУПРИЕНКО, Н.В. БАРАННИКОВА, Н.Н. ПИШИВЕЦ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СТОЛКНОВЕНИИ С ДВИЖУЩИМСЯ АВТОТРАНСПОРТОМ	20
С.А. АНУПРИЕНКО, Н.В. БАРАННИКОВА, Р.И. РОМАНОВА СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ	23
О.Д. БЕЛОУСОВА, И.А. ТОЛМАЧЕВ, А.А. ФЕКЛИСТОВ ВКЛАД Н.И.ПИРОГОВА В РАЗВИТИЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	27
А.Н. БЕЛЫХ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ДИАПАЗОНОВ, В КОТОРЫХ НАХОДЯТСЯ ЧИСЛЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИСКОМЫХ ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННЫХ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ	31
А.Н. БЕЛЫХ ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОТ УДАРОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АГРЕССИВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ НЕВООРУЖЕННОГО ЧЕЛОВЕКА	33
И.В. ЕРШОВА НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	35
Н.Н. ЖИВОДЕРОВ, А.А. АУЛОВ, П.В. МИНАЕВА К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИКРОЧАСТИЦ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В КОЖНЫХ РАНАХ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ	37
В.В. ЗИМНУХОВ, В.В. ВОЙНОВСКАЯ, В.Ф. ПИЛИПАС ИДЕНТИФИКАЦИЯ ТРОПИКАМИДА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТАХ	39
В.В. ЗИМНУХОВ СЛУЧАЙ СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПНОГО МАТЕРИАЛА НА ДИКЛОФЕНАК.....	41

В.В. ЗИМНУХОВ, В.Ф. ПИЛИПАС СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ИБУПРОФЕНА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТАХ.....	43
С.А. ИВАНЕНКО, А.П. БОЖЧЕНКО, Е.Б. ТОЛМАЧЕВА ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В УСТАНОВЛЕНИИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА К СУИЦИДАЛЬНЫМ РЕАКЦИЯМ.....	44
А.В. ИЛЬИНА, Е.И. БЫСТРОВА, Е.Н. ТРАВЕНКО К ВОПРОСУ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ.....	46
В.Т. КОРХМАЗОВ КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА СМЕРТИ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ (СООБЩЕНИЕ 1)	50
В.Т. КОРХМАЗОВ СОСТОЯНИЕ ФЕРМЕНТНЫХ СИСТЕМ ПРИ СМЕРТИ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (СООБЩЕНИЕ 2)	53
В.Т. КОРХМАЗОВ, В.А. ПОРОДЕНКО БИНАРНЫЕ МОДЕЛИ АКТИВНОСТИ АЛКОГОЛЬОКИСЛЯЮЩИХ ФЕРМЕНТНЫХ СИСТЕМ С ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ (СООБЩЕНИЕ 3)	56
С.А. МОИСЕЕНКО, А.П. БОЖЧЕНКО, И.А. ТОЛМАЧЕВ ПАЛЬМОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЛИНЫ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ИДЕНТИФИКАЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ	58
В.Ю. НАЗАРОВ О ПЕРИОДИЗАЦИИ ИСТОРИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СЛУЖБЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....	60
В.А. ПОРОДЕНКО, И.В. ЕРШОВА БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ИХ РОЛЬ В ЕЁ ДИАГНОСТИКЕ	62
В.А. ПОРОДЕНКО, С.А. АНУПРИЕНКО, Р.И. РОМАНОВА, Н.Н. ПИШИВЕЦ ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПРИ СТОЛКНОВЕНИИ ПЕШЕХОДА С ДВИЖУЩИМСЯ АВТОТРАНСПОРТОМ	66
И.А. ТОЛМАЧЕВ, А.П. БОЖЧЕНКО, О.Д. БЕЛОУСОВА, А.А. ФЕКЛИСТОВ ПРОФЕССОР А.В. ГРИГОРЬЕВ, К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ	70

Е.Н. ТРАВЕНКО, А.В. ИЛЬИНА ИТОГИ ПОДГОТОВКИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ-СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ ДЛЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ.....	72
Е.Н. ТРАВЕНКО СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКАЯ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В ФОРМЕ АДАПТИВНОЙ ГЕПАТОПАТИИ	77
Ю.А. ХРУСТАЛЕВА ПОЛНАЯ ПРИЧИНА И СЛЕДСТВИЕ.....	82
М.А. ЧИСТОВА, А.П. БОЖЧЕНКО ПРОБЛЕМА УСТАНОВЛЕНИЯ СКОРОСТИ ДВИЖЕНИЯ АВТОМОБИЛЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	84
Ю.П. ПАНЧУК, Д.Л. МИРОНЕНКО, К.В. БОРОДКИН К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ	85
М.В. НАСОНОВА, М.В. КОРНИЛОВА, И.А. ДУБРОВИН, А.А. БЫЧКОВ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В Г.ТВЕРИ ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В 2009 Г.....	86
А.В. ШЕСТАКОВ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА	89
Г.Х. РОМАНЕНКО, Г.В. ЗОЛОТЕНКОВА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЕКТОВ В ПРОЦЕССЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА» В ПЕРВОМ МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА	91
ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	93
С.А. АНУПРИЕНКО, Е.Д. ИОНОВА ЭТИЧЕСКИЕ И МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КРИТЕРИЯ «СМЕРТЬ МОЗГА».....	93
С.А. АНУПРИЕНКО, Т.Н. ЯКОВЛЕВА ЭТИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К ТРУПУ ЧЕЛОВЕКА	97
Ю.В. КАРАСОВА СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО	

РЕГУЛИРОВАНИЯ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ В РОССИИ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ.....	102
Л.И. ЛОМАКИНА, В.А. ПОРОДЕНКО, Е.Н. ТРАВЕНКО, Е.И. БЫСТРОВА, А.В. ИЛЬИНА ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРАВОВЫХ И ЭТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	106
Г.В. ЛОМАКИНА КЛИНИЧЕСКИЕ, ЮРИДИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ СЛУЧАЯ ИСТИННОГО ТРАНССЕКСУАЛИЗМА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	115
Г.Р. ТУЛЕНДИНОВ ОБСУЖДАЕМ ПРОЕКТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	120
Г.Р. ТУЛЕНДИНОВ, А.И. ШЕВЧЕНКО МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ДИСЦИПЛИНА В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОГО ВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	125
В.А. ШАШЕЛЬ, Н.Н. ЩЕГОЛЕВАТАЯ, Е.И. БЫСТРОВА, А.В. ИЛЬИНА БИОЭТИКА И ПЕДИАТРИЯ.....	128

В.А. Породенко

**ЭТАПЫ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ
КУБАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Кафедра судебной медицины (зав. - проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

Кафедра судебной медицины на медицинском факультете Кубанского государственного университета организована одной из первых, так как студенты в 1920 г. были приняты одновременно на 1 и на 5 курсы. Первым ее руководителем стал профессор Николай Федотович Мельников-Разведенков. Его докторская диссертация посвящена вопросам искусственной невосприимчивости к сибирской язве. В 1896 г. удостоен премии Загорского за открытый им способ сохранения естественной окраски патологоанатомических препаратов. Более известен в медицинских кругах как активный участник бальзамирования тела В.И. Ленина. Благодаря обширному и разностороннему знакомству со многими медицинскими дисциплинами, строгому логическому мышлению, высокой эрудиции и большим организаторским способностям, по дошедшим до нас сведениям, он имел неотразимое влияние на слушателей и заслужил славу прекрасного педагога. Практические занятия в судебно-медицинской амбулатории и секционных помещениях лечебных учреждений города проводились зав. кафедрой и ассистентом А.М. Давидовичем. Отдельного помещения и собственного оборудования кафедра до 1925 г. не имела.

В 1925-1930 гг. кафедру возглавлял известный русский патологоанатом профессор Георгий Степанович Кулеша, одновременно заведовавший и кафедрой патологической анатомии. Его диссертация доктора медицины посвящена патологоанатомическому и бактериологическому исследованию пневмонии при кори. Им впервые был прочитан курс лекций по вопросам судебной медицины. В целом организация преподавания в этом периоде времени значительно улучшилась: к концу 1925 г. кафедре выделена комната, начат сбор секционного материала и оборудования для учебной и научной работы, были созданы первые музейные препараты, сотрудники кафедры возглавили деятельность судебно-медицинской службы края.

С 1930 г. обязанности заведующего кафедрой исполнял старший ассистент Александр Михайлович Давидович. В 1935 г. он без защиты диссертации по совокупности работ утвержден в ученой степени кандидата медицинских наук и в звании доцента. С 1937 года А.М. Давидович возглавил судебно-медицинскую службу края. Педагогической и научной деятельности кафедры содействовало развертывание на ее базе в 1937 г. краевой судебно-медицинской лаборатории с биологическим и судебно-химическим отделением. А.М. Давидович проработал в институте 32 года, написал 25 статей, 5 из которых опубликованы в печати. Его научные интересы касались патологоанатомической картины септических инфекций и острых лейкозов, вопросов раннего распознавания беременности, диагностики смерти от острого отравления алкоголем и др. На кафедре в этот период времени работали ассистенты Вера Кирилловна Черная (с 1943 года - заведующая Краснодарской краевой судебно-медицинской лабораторией), Клавдия Михайловна Мельникова (с 1947 года - Краснодарский городской судебно-медицинский эксперт, затем - начальник краевого бюро судебно-медицинской экспертизы).

В 1955 г. приказом МЗ РСФСР исполняющим обязанности зав. кафедрой назначен ассистент кафедры судебной медицины 2-го МОЛГМИ кандидат медицинских наук Вяче-

слав Леонидович Святощик, в 1960 г. ему присвоено звание доцента. Защищенная им в 1954 году кандидатская диссертация "Материалы к изучению трупного окоченения в судебно-медицинском отношении" - имеет специальное значение. Тематические планы лекций, практического курса подверглись значительным преобразованиям. В.Л. Святощик постоянно совмещал педагогическую деятельность с большой экспертной работой, за что в 1963 г. отмечен благодарностью МЗ РСФСР. По постановлениям КГБ края неоднократно принимал участие в работе судебно-медицинских экспертных комиссий по уголовным делам, возбужденным против бывших сотрудников тайной полевой полиции, полицейских станицы Таманской, "Кавказской роты" и других изменников Родины; выступал на заседаниях военного трибунала. Научная деятельность кафедры была посвящена изучению посмертных процессов, давности захоронения по костным останкам, дистанции выстрела, идентификации острого оружия. В.Л. Святощик - автор 35 публикаций, 31 из которых подготовлена за время работы в КМИ. Учебный процесс на кафедре осуществлялся с активным участием К.М. Мельниковой, А.Ф. Рубежанского (в 1966 г. он защитил докторскую диссертацию на тему: "Определение по костным останкам давности захоронения трупа»; в этом же году избран на должность заведующего кафедрой судебной медицины Днепропетровского медицинского института); в обучении студентов принимал участие В.Н. Горнаев, Л.И. Головинская (ныне - Ломакина, доцент кафедры судебной медицины КГМУ по курсам правоведения и биоэтики).

В 1969-71 гг. обязанности заведующего кафедрой исполнял Александр Александрович Майер, избранный по конкурсу на должность ассистента кафедры в 1969 году. Его научная работа была посвящена изучению динамики лейкоцитарной реакции в периферической крови в разные сроки черепно-мозговой травмы.

В 1971 г. заведующим кафедрой избран доктор медицинских наук Николай Иванович Репетун, работавший ассистентом кафедры судебной медицины 1 Ленинградского медицинского института. С его приездом существенно улучшилась материально-техническая база кафедры: развернуты 3 учебные комнаты, гистохимическая и фотографическая лаборатории. Созданы методические разработки к занятиям, приобретено лабораторное оборудование, микроскопы, диапроекторы, изготовлены таблицы, слайды, макеты, музейные препараты. Исследование трупов выполнялось в морге бюро судмедэкспертизы. Профессор Н.И. Репетун большое внимание уделил развитию научных исследований: он явился основоположником токсикологического направления, которое развивается кафедрой и в настоящее время. Под его руководством подготовлено 6 кандидатских диссертаций, 5 из которых защищены; 3 из них посвящены вопросам экспертизы отравлений этиловым алкоголем и его заменителями, 2 - проблемам судебно-медицинской травматологии. Профессор Н.И. Репетун - автор 80 публикаций, 23 из которых выполнены во время работы в КМИ. С 1973 г. начата подготовка кадров через аспирантуру, клиническую ординатуру и интернатуру. За совместную работу с органами здравоохранения кафедра в этот период времени неоднократно награждалась Почетными Грамотами. В этот период времени в должности ассистентов работали Майер А.А., Головинская Л.И., Порошенко В.А., Перова Т.П., Жук Н.В., Резников А.Ю. Один из первых интернов - Н.П. Варшавец, выпускник института 1974 г., впоследствии обучался в заочной аспирантуре на кафедре судебной медицины КМИ, выполнил и в 1986 г. защитил кандидатскую дис-

сертацию; в настоящее время он возглавляет ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» департамента здравоохранения Краснодарского края.

В 1986 г. на должность заведующего кафедрой избран выпускник КМИ доцент В.А.Породенко. С переездом в 1987 г. в новое здание морфологического корпуса кафедры существенно улучшила материальную базу: оборудовано 6 современных учебных комнат и 5 специализированных лабораторий, с 1991 г. начал функционировать свой судебно-медицинский морг с необходимыми подразделениями. В настоящее время кафедра располагает минимально достаточной базой для организации преподавания правоведения и биоэтики на 1-2 курсах и судебной медицины на 5-6 курсах всех факультетов. Для учебного процесса используются 8 учебных комнат, секционный зал с оборудованными помещениями для выдачи трупов, их кратковременного и долгосрочного хранения, 2 научно-практические лаборатории: медико-криминалистическая и гистохимическая. В целом материальная база кафедры позволяет выполнять все основные виды судебно-медицинских экспертиз: трупов, живых лиц, а также по материалам уголовных и гражданских дел. Развернутые сотрудниками кафедры лаборатории также дают возможность исследовать и ряд вещественных доказательств биологического происхождения, с демонстрацией их возможностей в ходе учебного процесса. На кафедре имеется проекционная аппаратура и орг. техника: 2 ноутбука, 2 мультимедийных проектора, два телевизора, видеомэгафон и видеоплеер, 10 компьютеров, 8 принтеров, 3 ксерокса. Имеются также микроскопы (биологические, стереоскопические, люминесцентный, поляризационный, металлографический; портативный рентген-аппарат и др.).

Регулярно перерабатывается все методическое обеспечение учебного процесса, созданы полноценные учебно-методические комплексы по всем трем дисциплинам. За последние 10 лет изданы 7 учебных пособий по правоведению, биоэтике и судебной медицине общим объемом около 35 печатных листов. Опубликовано свыше 80 статей по оптимизации учебного процесса, исходя из требований государственного образовательного стандарта.

Научная работа кафедры поднялась на качественно новый уровень в связи с выполненными оригинальными разработками по количественному компьютерному анализу микроскопических изображений, освоению перспективных для судебно-медицинских целей биохимических исследований. В 1997 г. В.А. Породенко защищена докторская диссертация по проблемам диагностики алкогольных интоксикаций. Под его руководством выполнены и защищены в диссертационных советах г. Москвы 4 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук – Е.Н. Травенко (1999 г.), В.В. Чернобаем (1999 г.), В.Е. Будником (2002 г.) и Е.И. Быстровой (2008 г.). Завершены и представлены к защите в диссертационный совет ФГУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» 2 кандидатские диссертации – И.В. Ершовой и В.Т. Корхмазовым; продолжается выполнение двух запланированных диссертаций - Г.Р. Тулендиновым и А.В. Ильиной, в 2011 г. предполагается планирование докторской (Е.Н. Травенко) и кандидатской (С.А. Ануприенко) диссертаций. По результатам проведенных научных исследований подготовлены и изданы монография «Критерии диагностики легкой черепно-мозговой травмы» (2002 г.), методические рекомендации и 4 информационных письма для судебно-медицинских экспертов; написано более 200 научных работ; готовятся 2 заявки на применение новых медицинских технологий.

Все преподаватели кафедры являются выпускниками нашего вуза, работают по совместительству в качестве экспертов краевого бюро судмедэкспертизы, имеют высшую и первую квалификационные категории.

Значительно активизировалась и упорядочилась работа краевого общества судебных медиков (с 1986 г. председатель - В.А. Породенко, секретарь - С.И. Бондаренко, казначей - Е.Н. Травенко), организационно-методическим ядром которого стал коллектив кафедры. За последние 5 лет на базе кафедры организовано 29 заседаний краевого общества судебных медиков, на которых преподавателями сделано более 60 докладов и сообщений. Определены формы работы Краснодарского отделения ООО «Всероссийское общество судебных медиков» как способ повышения уровня знаний: 1) ознакомление с Законами, Приказами, распоряжениями, инструктивно-методической документацией и др.; 2) доклады по актуальным вопросам судебной медицины, судебной и токсикологической химии, права и биоэтики; 3) отчеты о результатах проверки отделов и отделений краевого бюро СМЭ; 4) обсуждение причин расхождений экспертных выводов по материалам первичных и повторных экспертиз; 5) ознакомление с новой вышедшей литературой (учебниками, руководствами, монографиями), со статьями в профессиональном журнале «СМЭ» и др.

Кафедра является школой подготовки и переподготовки кадров для судебно-медицинской службы края и юга России через СНО - интернатуру - клиническую ординатуру – сертификационные циклы усовершенствования. Большое внимание уделяется организации научно-исследовательской работе студентов. Ежегодное число студентов, участвующих в научной работе кафедры - 12-15, итоги ее обсуждаются на самостоятельной секции “Судебная медицина, правоведение и биомедицинская этика”, где заслушивается до 18 докладов студентов. От 5 до 10 студентов ежегодно публикуют тезисы своих научных работ в материалах итоговой научной студенческой конференции.

Всего с 1986 г. по настоящее время подготовлено 55 и готовится 7 интернов, которые в настоящее время работают судебно-медицинскими экспертами в Краснодарских краевых бюро судебно-медицинской экспертизы № 1 и № 2, Республиканском Адыгейском и Чеченском бюро судебно-медицинской экспертизы; 56,5% из них составляют мужчины и 44,5% женщины. Из 55 подготовленных и выпущенных специалистов лишь 7 человек не работают по специальности. За тот же период времени подготовлено 22 клинических ординатора (трое иностранных граждан) и 4 обучаются в настоящее время. 62% специалистов, окончивших интернатуру, продолжили свое обучение в клинической ординатуре. Из выпущенных 4 человека не связали судьбу с экспертизой, хотя двое из них работают в смежных областях – патологическая анатомия, ЭКУ ГУВД края. В настоящее время на кафедре обучаются 4 клинических ординатора (в том числе один иностранный учащийся) и 7 клинических интернов, трое из которых по целевому направлению из Республики Адыгея, двое – из Карачаево-Черкессии.

За последние годы кафедрой выполнена большая работа по усовершенствованию врачей судебно-медицинских экспертов и сертификации специалистов. Общее усовершенствование (сертификационные циклы) проводится в объеме 144 часов по разработанной кафедрой и утвержденной университетом программе и тематическому плану. Первый цикл проведен в 1998 г. Всего с 1998 по 2010 г. проведено 16 циклов по обучению экспертов Краснодарского краевого, Ростовского, Сочинского городского, Республи-

канских Адыгейского, Дагестанского, Северо-Осетинского и Чеченского бюро СМЭ.

Кафедра неоднократно награждалась Почетными грамотами вуза, города и края за организацию учебно-методической и клинической работы, награждена Почетной грамотой Всероссийского общества судебных медиков за лучшую организацию учебного процесса в России (1994 г.), Дипломом и медалью международного конкурса «Гарантия качества и безопасности» (2006 г.), Дипломом РАЕ «Золотая кафедра России» (2008 г.).

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКСПЕРТИЗЫ

В.В. Альшевский, И.А. Толмачев

ПРАВОВЫЕ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ

*Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
ФГУ ВПО ВМА имени С.М.Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург*

Общеизвестно, что производство судебно-медицинской экспертизы в отношении живых лиц, как и всякой иной судебной экспертизы, осуществляется в рамках определенного правового поля, при наличии надлежащего обеспечения (материально-технического, финансового, организационного), а также в соответствии с частными научно-методическими разработками (технологиями). Иными словами, перечисленные моменты составляют основу судебно-экспертной деятельности.

Тщательность и глубина проработки этих составляющих предопределяет объективную возможность исполнения качественной судебной экспертизы, способной не столько сформировать или усилить позицию одной из сторон процесса, сколько внести ясность в понимание юристами тех сведений, которые необходимы для судопроизводства, но не могут быть оценены ими без применения специальных знаний.

Субъективная составляющая качества экспертизы, как известно, предопределяется параметрами личности носителя таких знаний, т. е. эксперта.

В соответствии с темой конференции представляется необходимым ограничиться анализом только тех объективных и субъективных моментов, от которых зависит качество экспертизы живых лиц.

С сожалением следует констатировать, что современные проблемы судебно-медицинской экспертизы живых лиц обусловлены очень многими причинами, которые связаны с нечеткостью правового поля, с недостатками материального, финансового и административного обеспечения, со слабой научной и методической разработанностью некоторых видов экспертиз, с отсутствием адекватной современным требованиям базовой подготовки экспертов.

Наибольшее беспокойство вызывают проблемы экспертизы вреда здоровью, поскольку, во-первых, этот вид экспертиз количественно превалирует в деятельности государственных судебно-медицинских экспертных учреждений; во-вторых, экспертизы вреда здоровью являются краеугольным доказательством при расследовании преступлений против жизни и здоровья. Исключительно высокая значимость этого вида экспер-

тиз живых лиц обусловлена требованиями ст. 196 УПК РФ, в соответствии с которыми установление характера и степени вреда, причиненного здоровью, возможно только на основании экспертного заключения. Следовательно, иной способ доказывания 4-го из 7 обстоятельств, которые подлежат доказыванию в соответствии с ч. 1 ст. 73 УПК РФ, Законодателем не предусмотрен.

Хорошо известно, что экспертизу вреда здоровью от всех иных видов экспертиз живых лиц отличает четкая законодательная регламентация критериев оценки предмета исследования. Иными словами, судебно-медицинские эксперты для оценки изменений в состоянии здоровья свидетельствуемого обязаны в своем выводе указать те признаки тяжести вреда здоровью, которые сформулированы Законодателем в ст. 111, 112 и 115 УК РФ. Анализ же формулировок этих статей позволяет утверждать, что далеко не все признаки тяжести вреда здоровью могут быть установлены исключительно на основании знаний медицины, в т. ч. и судебной. Кроме того, часть терминов и понятий, которые присутствуют в формулировках названных статей, хотя и применяются в медицине, но имеют такое смысловое содержание, которое вполне позволяет использовать их без адаптации для целей судопроизводства.

К не имеющим медицинского содержания признакам тяжести вреда здоровью, которые перечислены в статьях УК, наряду с общеизвестным термином «обезображение» относятся понятия:

- «кратковременное» и «длительное» - применительно к интервалам продолжительности расстройства здоровья;
- «значительная» и «незначительная» - применительно к размерам стойкой утраты общей трудоспособности.

В качестве ремарки следует отметить, что и само определение величины стойкой утраты общей трудоспособности не имеет научно обоснованного метода. Использование же этого критерия тяжкого телесного повреждения в судебно-медицинской экспертизе было возможно лишь благодаря наличию всем известных Таблиц, как приложения к Приказу Минфина СССР, к которым эксперта отсылали Правила судебно-медицинского определения тяжести телесных повреждений.

В качестве наиболее яркой иллюстрации сформулированного тезиса о терминах, содержание которых нуждается в адаптации для использования в целях судебно-медицинской экспертизы, следует упомянуть термин «здоровье», поскольку от правильности его определения зависит понимание предмета экспертизы. В Уставе Всемирной организацией здравоохранения понятие «здоровье» определяется, как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Это определение термина, как известно, признается и принимается отечественной медициной. Представляется вполне очевидным, что с таким содержанием термин «здоровье» не может использоваться экспертами, поскольку не применим к целям уголовного судопроизводства.

Требует адаптации для целей судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью и термин «орган», а также понятие «полная утрата профессиональной трудоспособности» в контексте применения их Законодателем в конструкции ст. 111 УК, как составных элементов признаков тяжкого вреда здоровью.

Было бы неверным утверждать, что нынешние проблемы судебно-медицинской

экспертизы вреда здоровью возникли лишь после замены в тексте УК одного понятия: «телесное повреждение», - на другое: «вред здоровью».

Современные изменения правового пространства, в котором осуществляется производство экспертизы вреда здоровью, не породил, а лишь обострили до уровня проблемы те научные, методические и организационные недоработки, которые давно уже существуют в судебно-медицинской экспертизе вообще и в экспертизе живых лиц в частности. До поры решению этих проблем препятствовали существовавшие Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений (Приказ № 1208), которые без каких-либо объяснений устанавливали догмы выполнения этого вида экспертиз, что делало бессмысленным обсуждение недостатков этой «священной коровы». По-видимому, этим следует объяснять тот факт, что за период с 1978 года и до вступления в силу новой редакции УК в середине 90-х годов никто: ни юристы в многочисленных комментариях к УК, ни кафедры судебной медицины в не менее многочисленной учебно-методической литературе не решились на обсуждение Правил.

Впрочем, следует констатировать, что и за прошедшие 10 лет после принятия новой редакции УК проблемы судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью, обусловленные нечеткостью правового поля, не были разрешены. Причин столь длительного сохранения этих проблем было множество и не имеет смысла на данной конференции их анализировать. Гораздо важнее остановиться на путях их решения.

В части, касающейся немедицинских признаков тяжести вреда здоровью, которые использованы в формулировках ст. 111, 112 и 115 УК, безусловно, требуется законодательная инициатива, направленная на четкое определение их содержания.

Иными словами, Законодатель должен сам решить, какая продолжительность расстройства здоровья является кратковременной, а также до какого размера стойкая утрата общей трудоспособности остается незначительной.

Относительно же самой возможности определения стойкой утраты общей трудоспособности представляется целесообразным не будоражить этот вопрос и до разработки собственной методики определения размеров стойкой утраты общей трудоспособности применять таблицы из приложения к Приказу Минфина СССР № 2 от 8 января 1986 года. Их использование предпочтительно не только в силу того, что из наиболее полных они были последними по году издания, но и потому, что, в отличие от таблиц более ранней редакции, не содержат предпосылок к возникновению проблем в связи с различной оценкой величины утраты общей трудоспособности в результате снижения функций правых и левых конечностей у левшей. Какие-либо опасения относительно правомочности применения в практике судебной медицины этих таблиц представляются безосновательными, т. к. в отсутствие метода исследования на современном этапе для разрешения вопроса о величине утраты общей трудоспособности эксперт может воспользоваться только доступной ему справочной литературой. Источником, в котором описывается зависимость между ограничением или утратой функции организма и способности к общему труду являются таблицы из ранее названного приказа.

Не следует забывать, что в соответствии с буквой и духом закона решение вопроса о ТЯЖЕСТИ вреда здоровью не входит в компетенцию судебно-медицинской экспертизы и является исключительной прерогативой стороны обвинения.

Следовательно, неопределенность содержания примененных Законодателем не-

медицинских терминов в критериях тяжести вреда здоровью является проблемой не столько судебной медицины, сколько юриспруденции.

Участие судебной медицины в решении этих проблем обусловлено не столько объективной необходимостью, сколько стереотипом, сложившимся под влиянием Приказа 1208 МЗ СССР, который, как известно, без каких-либо правовых оснований вменил в обязанность судебно-медицинским экспертам определять степень тяжести телесных повреждений. Преодолеть этот стереотип непросто, поскольку представители стороны обвинения не торопятся приступить к своей работе, которую долгое время безропотно выполняли судебно-медицинские эксперты. Прекратить же в одночасье и по собственной инициативе сложившийся порочный стереотип судебно-медицинские эксперты не решаются, поскольку это может привести к коллапсу судопроизводства по делам о преступлениях против жизни и здоровья. В силу изложенных обстоятельств перед нами стоит задача приведения деятельности судебно-медицинских экспертов по оценке вреда здоровью в соответствие с границами компетенции.

Если решение правовых проблем, связанных с немедицинскими терминами, является в большей степени прерогативой юристов, то проблемы адаптации медицинских терминов к целям судебно-экспертной деятельности должны решаться на уровне руководства региональных государственных судебно-экспертных учреждений в рамках научно-методического сопровождения экспертной работы.

Напомню, что именно в государственных судебно-экспертных учреждениях, в соответствии с формулировкой ч. 2 ст. 38 ФЗ о ГСЭД (Федеральный закон о государственной судебно-экспертной деятельности), должна проводиться работа по научно-методическому обеспечению производства судебных экспертиз (в т. ч. и судебно-медицинских экспертиз в отношении живых лиц). Не сомневаюсь, что руководители региональных государственных судебно-экспертных учреждений исполняют требования законов и имеют свои наработки как в части, касающейся понимания содержания тех терминов и понятий, о которых было сказано ранее, так и относительно частных методик исследований в экспертизах живых лиц.

Наиболее оптимальные научно-методические наработки, в соответствии с ч. 5 ст. 11 ФЗ о ГСЭД, могут и должны рекомендоваться в экспертную практику в качестве единого научно-методического подхода.

Острой проблемой, в т. ч. и экспертизы в отношении живых лиц, является отсутствие единого научно-методического подхода к исследованию медицинских документов.

Не секрет, что в экспертном заключении раздел «Исследование», как правило, содержит более или менее подробный конспект текста медицинского документа, а не «содержание и результаты исследований с указанием примененных методов», как это предусмотрено ст. 25 ФЗ о ГСЭД. Аналогичное требование к заключению эксперта предъявляется и п. 9 ч. 1 ст. 204 УПК. Исключение из этого правила составляют заключения, в которых конспекту сведений из медицинского документа предшествует перечень методов исследования. Однако само по себе приведение перечня методов исследования без раскрытия их содержания и полученных результатов не дает возможности проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных, как это предусмотрено ч. 2 ст. 8 ФЗ о ГСЭД. В связи с этим, подобные приемы обозначения соблюдения требований Законодателя следует

понимать не более чем профанацию.

Четвертый блок проблем экспертизы в отношении живых лиц связан с обеспечением этого вида экспертной деятельности.

Из множества проблем, которые имеют место в обеспечении судебно-медицинской экспертной деятельности вообще, для экспертизы живых лиц наиболее значимой являются проблемы организации при ее проведении.

Организационную проблему порождает как объект исследования, так и предмет экспертизы. Обусловлено это тем, что из всего объема клинического обследования живого лица (физикального, лабораторного и инструментального) для определения параметров функционирования его организма (совокупность этих параметров и составляет понятие «здоровье» в аспекте уголовного судопроизводства) к компетенции судебно-медицинского эксперта, как морфолога, без каких-либо условий можно отнести только проведение наружного осмотра.

Иные приемы обследования требуют не только материального оснащения, но и соответствующей подготовки, а что более важно – наличие и поддержание навыка применения освоенных приемов обследования.

По многим причинам и, как правило, судебно-медицинский эксперт не может поддерживать навыки применения приемов клинического обследования на том уровне, который может быть сопоставим с навыками врачей клинического профиля. В силу этого обстоятельства экспертиза живого лица нередко не может быть выполнена силами судебно-экспертного учреждения.

К сожалению, вместо совершения действий, которые предписаны в подобной ситуации ст. 15 ФЗ о ГСЭД:

- вернуть без исполнения постановление или определение о назначении судебной экспертизы, представленные для ее производства объекты исследований и материалы дела, если в данном учреждении нет эксперта конкретной специальности, необходимой материально-технической базы либо специальных условий для проведения исследований, указав мотивы, по которым производится возврат;

- ходатайствовать перед органом или лицом, назначившими судебную экспертизу, о включении в состав комиссии экспертов лиц, не работающих в данном учреждении, если их специальные знания необходимы для дачи заключения –

руководители судебно-экспертных учреждений, в адрес которых вынесено постановление (определение), начинают сами создавать организационные проблемы.

В одном варианте проблема создается тем, что руководитель экспертного учреждения самостоятельно привлекает необходимого специалиста клинического профиля, а это, как известно, прямо запрещено ст. 14 ФЗ о ГСЭД. Не меньшая проблема возникает и в тех случаях, когда список врачей, которые могут привлекаться для участия в судебно-медицинских экспертизах, согласовывается заранее, т. е. до вынесения постановления о назначении конкретной экспертизы, что также, в соответствии с положениями названной статьи закона, не является допустимым. Разновидностью проблемного организационного решения является зачисление в штат сотрудников судебно-медицинского экспертного учреждения врачей клинических специальностей, поскольку такое решение не соответствует положениям ст. 13 ФЗ о ГСЭД.

Должность эксперта в государственных судебно-экспертных учреждениях может

занимать гражданин РФ, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной **экспертной** специальности в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

В силу несоответствия нормам законодательства перечисленных вариантов организационных решений о создании экспертных комиссий исполненные такими комиссиями заключения являются недопустимыми доказательствами. И хотя в практике судопроизводства исключение экспертизы из числа доказательств по этому основанию пока еще встречается нечасто, следует понимать, что причина этого связана не с отсутствием проблемы, а с тем, что она до поры не обострена.

Законодатель, как известно, предусмотрел два пути решения задачи создания экспертной комиссии с привлечением лиц, не являющихся сотрудниками государственного судебно-экспертного учреждения.

В одном случае — это заявление руководителем экспертного учреждения ходатайства о включении в состав экспертной комиссии конкретного специалиста; в другом — поручение руководителю соответствующего лечебно-диагностического учреждения о выделении сил и средств, которые необходимы для проведения экспертизы. Последний вариант реализуется при указании в постановлении конкретного медицинского учреждения в качестве соисполнителя экспертизы (ст. 15 ФЗ о ГСЭД «Права руководителя государственного судебно-экспертного учреждения»).

Во многом длительное сохранение или возникновение новых проблем в судебно-медицинской экспертизе живых лиц обусловлено недостатками базовой подготовки экспертов. Проблема подготовки экспертов видится не столько в том, что место ее проведения не соответствует ст. 38 ФЗ о ГСЭД, сколько в том, что в ней практически не учитывается специфика применения медицинских знаний в судопроизводстве.

Научно-методическое обеспечение производства судебных экспертиз, а также профессиональная подготовка и повышение квалификации государственных судебных экспертов возлагаются соответствующими федеральными органами исполнительной власти на судебно-экспертные учреждения из числа указанных в частях первой и второй статьи 11 настоящего Федерального закона.

В соответствии со ст. 11 ФЗ о ГСЭД «Государственными судебно-экспертными учреждениями являются специализированные учреждения федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, созданные для обеспечения исполнения полномочий судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров посредством организации и производства судебной экспертизы.

Организация и производство судебной экспертизы могут осуществляться также экспертными подразделениями, созданными федеральными органами исполнительной власти или органами исполнительной власти субъектов РФ. В случаях, если производство судебной экспертизы поручается указанным экспертным подразделениям, они осуществляют функции, исполняют обязанности, имеют права и несут ответственность как государственные судебно-экспертные учреждения».

Однако представляется очевидным, что решение этой проблемы не под силу государственным судебно-медицинским экспертным учреждениям, в которых Законода-

тель предписывает проведение подготовки экспертов. К ее решению должен быть привлечен интеллектуальный потенциал кафедр судебной медицины ВУЗов, на которых, как принято в медицине, и проводится обучение экспертов.

Затронутые правовые, организационные и методические проблемы создают предпосылки для некачественного осуществления судебно-медицинской экспертизы живых лиц, в том числе формируют основу для экспертных ошибок, для несоблюдения границ компетенции судебно-медицинского эксперта. Не замечать эти проблемы, не искать путей и способов их решения — неразумно.

С.А. Ануприенко, Н.В. Баранникова, Н.Н. Пишивец
**ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СТОЛКНОВЕНИИ
С ДВИЖУЩИМСЯ АВТОТРАНСПОРТОМ**

Кафедра судебной медицины (зав. - проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

Дорожно-транспортный травматизм (ДТТ) является глобальной проблемой [1]. По числу жертв травматизма во всех цивилизованных странах на первом месте стоят автомобильные травмы, количество которых постоянно растет. Смертность от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в 12 раз выше, чем у лиц, получивших травму при других обстоятельствах. Пострадавшие вследствие ДТП в 7 раз чаще нуждаются в госпитализации и в 6 раз чаще становятся инвалидами, в том числе дети.

В России смертность от ДТП составляет 14,0 на 100 пострадавших, что в 5-7 раз больше, чем в Японии, Великобритании, США, Германии, Италии и др. [6]. Ежегодно в мире в дорожно-транспортных происшествиях погибают около 1 млн. 200 тысяч человек, в России эта цифра колеблется в пределах 26-30 тысяч. Количество дорожно-транспортных происшествий в нашей стране достигает 220 тысяч, число раненых превышает триста тысяч. В последние годы в России сложилась ситуация, когда ежедневно в ДТП погибает более 100 человек и более 600 получают увечья. Уровень смертности при ДТП по сравнению с зарубежными странами остается крайне высоким. Если в странах Евросоюза в 2006 году летальный исход составил в среднем 108 человек на 1 миллион жителей, то в России - 1221 человек. Во Франции на 1 млн. легковых автомобилей приходится 177 погибших, в России – 1328. Ежегодный ущерб от происшествий на дорогах, по экспертным оценкам, составляет около 2,5% ВВП страны. Ст. инспектор пропаганды Управления ГИБДД М. Запорожская, приводя данные о ДТП в РФ, указывает, что президент России Дмитрий Медведев оценил масштабы дорожного травматизма как угрозу национальной безопасности [2]. Острота проблемы дорожно-транспортной безопасности в нашей стране связана со значительным нарастанием и разнообразием парка автотранспорта, изменениями, постоянно вносимыми в конструкцию автотранспорта, огромной общественной потребности в нем при относительно неудовлетворительной дорожной инфраструктуре. В связи с этим возрастает актуальность проблемы исследования телесных повреждений при ДТП, в том числе и судебно-медицинского.

Цель работы заключалась в детальном изучении особенностей механизмов возникновения повреждения конечностей при столкновении с движущимся автотранспортом, а также выявлении конкретных изменений характера телесных повреждений, связанных прежде всего с конструктивными особенностями новых типов автомобилей.

Проведен анализ экспертных заключений ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» департамента здравоохранения Краснодарского края по всем случаям ДТП с участием пешеходов, происшедших в г. Краснодаре за 2007 год. Всего за 2007 год в г. Краснодаре зарегистрировано 226 ДТП со смертельным исходом с различным механизмом травмы: в 98 случаях смерть наступила в результате столкновения пешехода с движущимся транспортом.

По литературным данным, повреждения конечностей выявляются в 60,6% случаев при столкновении пешехода с движущимся автотранспортом [3]. Нами повреждения конечностей выявлены в 95% случаев подобной автомобильной травмы. Все они в первую очередь связаны с механизмом воздействия автотранспортного средства на пострадавшего.

Переломы конечностей относятся к самым распространенным повреждениям при данном виде автотравмы, при этом они зачастую носят непрямой характер: отмечаются переломы локтевой и лучевой костей в типичных местах, хирургической шейки плечевой и бедренной костей, вывихи и подвывихи головок этих костей и пр. [5]. Наиболее часто встречающимися типами переломов при автотравме от столкновения пешехода с движущимся транспортом являются оскольчатые, косые, косо-поперечные и многооскольчатые переломы [3, 8]. Гораздо реже встречаются случаи ампутации конечностей – одно- или двусторонней, полной либо частичной. Ампутация может быть следствием комбинированной травмы: столкновение+переезд, выпадение из движущегося транспорта+переезд. Также к характерным при данном виде травмы можно отнести многочисленные повреждения мягких тканей: ушибы, ссадины, размозжения, раны, кровоподтеки и гематомы. На конечностях, как на нижних, так и на верхних, наблюдается гемартроз. Гематомы могут носить локальный или разлитой характер, это зависит большей частью от повреждения травмируемых мышц и фасциальных футляров. Нередко встречаются разрывы связочного аппарата различной степени тяжести.

При анализе экспертиз нами было выявлено, что большая часть повреждений при столкновении с движущимся автотранспортом приходится на нижние конечности - 73,8%. Верхние конечности повреждаются в 26,2% случаев, при этом преобладают изолированные лево- или правосторонние повреждения, в то время как травма нижних конечностей чаще всего двусторонняя.

В структуре повреждений верхних конечностей преобладают переломы (47,05% общего числа), среди них почти половину (46,8%) составляют переломы плечевой кости. Переломы костей предплечья составили 31,2%, кисти - 21,8% от общего числа переломов верхних конечностей. Полных или частичных ампутаций верхней конечности выявлено не было. Изолированные повреждения плечевой кости составляют 55,5% от общего числа повреждений верхней конечности, с преимущественной локализацией повреждений в верхней 1/3 кости и в области плечевого сустава (чаще – переломы по линии хирургической шейки). Изолированные повреждения костей предплечья встречаются гораздо реже, чем сочетанные - 7,9% общего числа при изолированных и 17,4% при сочетанных. Интересно, что ни одного изолированного повреждения лучевой кости выявлено не было. Повреждения костей запястья и кисти составляют 19% от общего количества повреждений верхней конечности. Каждый случай повреждения костей, как правило, сопровождается разрывами мышц и связочного аппарата. Поэтому одновременные

повреждения мягких тканей и костей как верхних, так и нижних конечности возникают почти в 95% случаев. Среди повреждений мягких тканей верхней конечности преобладают ссадины (61,5%).

При травмах нижних конечностей больше половины переломов приходится на область голени (60% общего числа), в то время как переломы бедренных костей встречаются в 34,7% случаев, а области голеностопного сустава и стопы – всего в 5,8%. Интересно отметить, что, по литературным данным, процентное соотношение переломов костей голени и бедренных костей иное – 63,2% составляли переломы бедренных костей, и в 32% случаев выявлялись переломы костей голени [7]. Изолированные переломы бедренных костей выявлены нами в 32,4% от общего количества повреждений нижних конечностей, с преимущественной локализацией в нижней 1/3 бедренной кости, часто с распространением на область коленного сустава. Примерно на равных уровнях находится частота изолированных повреждений большеберцовой и малоберцовой костей (25,2% и 23,2% соответственно), причем располагаются они преимущественно в их средней трети (50,8% - большеберцовая, 50% - малоберцовая). Изолированные повреждения костей голени встречаются в 2,5 раза чаще, чем сочетанные. Невелик процент повреждений костей стопы (1,6% от общего числа).

Повреждения мягких тканей нижних конечностей преимущественно составляют ссадины (49%) и ранения (31,3%). Среди ран преобладают ушибленные раны – 54%, ушибленно-рваные 31%. Полная ампутация обеих конечностей была зафиксирована в 1 случае, односторонняя – в 3, частичная – в 2 случаях.

Известно, что «классический» бампер-перелом является косо-поперечным оскольчатым переломом. Для него характерно наличие отломка клиновидной формы, основание которого показывает место соударения, а вершина – направление удара [9]. Однако в исследуемых нами случаях преобладающими типами переломов нижних конечностей при автотравме от столкновения явились многооскольчатый (в 62% случаев) и кривой переломы (20,7%), со смещением или без смещения отломков. Данные типы были установлены в результате рентгенологического исследования в 46% случаев среди пострадавших доставленных в учреждения здравоохранения с места происшествия. По результатам анализа экспертных заключений, частота бампер-перелома в исследуемых материалах составила 94,7%, что позволяет говорить о нем как об основном виде повреждений, вызванных механическим воздействием частей автомобиля.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что по мере изменения конструктивных особенностей современного автотранспорта меняется и характер повреждений. Еще 30 лет назад типичный «бампер»-перелом обуславливался наличием большого числа выступающих частей автомобиля – металлического бампера, его цельнопластиковыми или резиновыми «клыками», решетками радиатора и др. За этот период конструкция бампера претерпела существенные изменения: бампера уже не играют самостоятельной роли в дизайне автомобиля, они скорее являются продолжением его кузовных панелей [4]. Количество выступающих частей автомобиля в настоящее время заметно сокращается, следовательно, увеличивается площадь травмирующей поверхности. Именно это и является главной причиной изменения характера повреждений: чем больше площадь соприкосновения, тем выше степень раздробления кости на большем участке.

Подводя итог, следует отметить, что в последнее время на смену «типичным» для данного вида травмы повреждениям приходят новые, и основной причиной этого являются технические и конструктивные особенности современного автотранспорта. Наличие этих факторов определяет потребность в новых подходах к проведению экспертиз при транспортной травме.

Литература

1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма, ВОЗ – 2004 г./ Под ред.: Марджи Педен с соавт. Перевод с англ. – Москва, "Весь мир", 2004. – 280 с.
2. Запорожская М., ст. инспектор пропаганды Управления ГИБДД. «Дороги не должны быть убийцами». <http://old.gazetayakutia.ru/print.aspx?id=15927>.
3. Матышев А.А. Распознавание основных видов автомобильной травмы. – Ленинград, «Медицина», 1969. – С. 93-96.
4. Песков В.И. Основы эргономики и дизайна автомобиля. Учебное пособие. – Н.Новгород, НГТУ, 2004. – С. 198-200.
5. Пиголкин Ю.И., Попов В.Л. Судебная медицина. - М., «Медицина», 2003.
6. Рекомендации общественных слушаний Общественной палаты РФ от 25.06.2009 на тему: «Дорожно-транспортный травматизм – национальная программа». <http://www.oprf.ru/structure/comissions/comissions2008/112/materials/3827>.
7. Солохин А.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы. – М., «Медицина», 1968.
8. Стешиц В.К. Судебно-медицинская экспертиза при дорожно-транспортных происшествиях. Минск, «Беларусь», 1976.
9. Судебная медицина. Под ред. Томилина В.В., Поркшеяна О.Х. – М., «Юридическая литература», 1974.

С.А. Ануприенко, Н.В. Баранникова, Р.И. Романова

СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Кафедра судебной медицины (зав. - проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

Достоверных сведений об истории студенческого научного кружка (СНК) кафедры судебной медицины, к сожалению, не сохранились, т. к. архив Кубанского медицинского института сгорел во время Великой отечественной войны. Активная работа кружка началась с приездом на кафедру в качестве заведующего д. м. н. Н.И. Репетуна в 1971 году. За годы своего существования кружок явился трамплином в профессиональное будущее для многих судебных медиков, в том числе для преподавателей кафедры судебной медицины. Несмотря на то, что судебная медицина изучается студентами нашего ВУЗа на 6-ом курсе, в СНК постоянно занимаются до 20 студентов младших и старших курсов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов.

Целями кружка являются формирование у студентов интереса к научному творчеству, обучение методике и способам самостоятельного решения медицинских, этических и юридических задач, навыкам работы в научном коллективе, а также содействие углубленному изучению и освоению студентами дисциплин учебного плана.

Работа в СНК кафедры судебной медицины ведется по следующим направлениям: выполнение научно-исследовательских работ; изучение и реферирование отечественной и зарубежной литературы с использованием Интернета по вопросам судебной медицины, права и биоэтики; переводы и обзоры иностранной литературы; овладение практически навыками судебно-медицинского исследования трупов, оформления медицинской документации, осмотра места происшествия; разбор случаев из судебно-медицинской практики; изготовление учебных пособий и экспонатов для музея судебной медицины; подготовка презентаций докладов и научных работ для демонстрации на мультимедийном проекторе на заседаниях СНК, научных конференциях; участие в выставках и конкурсах студенческих научных работ и других научно-практических мероприятиях (конференциях, семинарах, круглых столах, дискуссионных площадках); творческие встречи с учеными и судебно-медицинскими экспертами.

Заседания СНК проходят практически еженедельно, что способствует систематичности научной работы студентов. На каждом заседании звучат два доклада по той или иной тематике. Как правило, каждый доклад сопровождается демонстрацией слайдов с помощью мультимедийного проектора.

Прежде чем пройти в секционный зал, студент-кружковец изучает и узнает процессуальные основы судебной медицины, знакомится с основными техниками и методиками вскрытия. По инициативе и силами кружковцев создана эмблема кружка, оформлен стенд, создан фотожурнал о работе кружка.

Большую помощь в работе СНК оказывает Бюро судебно-медицинской экспертизы Краснодарского края. Кружковцы имеют возможность при проведении научных исследований работать в различных отделах бюро, использовать материалы архива.

Темы студенческих научных работ по судебной медицине соответствуют в основном двум тематическим направлениям научной работы кафедры - это судебно-медицинские аспекты транспортной травмы и отравления спиртосодержащими жидкостями.

Темы студенческих научных работ по биоэтике и праву достаточно разнообразны, однако на протяжении многих лет не ослабевает интерес к исследованию различного рода аспектов таких проблем как аборты, эвтаназия, наркомания в студенческой среде, права пациентов и ряд других. Особо актуальна проблема рождаемости, которая привлекает внимание не только ученых с мировым именем, но и студентов – будущих врачей. В свете мировой демографической политики все более актуальной на сегодняшний день становится проблема абортов как в России, так и в мировом сообществе, особенно в странах с низким показателем воспроизводства населения. При проведении анонимного анкетирования в 2010 году 120 студентов 2-го и 6-го курсов лечебного факультета выявлено, что каждый второй студент как 2-го, так и 6-го курсов к практике абортов относится в целом положительно, что может свидетельствовать о преобладании прагматического подхода в отрыве от нравственных ценностей.

В России эвтаназия рассматривается как акт преднамеренного лишения жизни человека и запрещена законом. В последнее время не утихают споры среди врачей, юристов, других общественных деятелей о проблеме эвтаназии. Мнение студентов по данной проблеме неоднозначное: сторонниками эвтаназии считают себя 10% респондентов-второкурсников и 42% - шестикурсников, противниками – половина студентов 2-

го курса и 20% 6-го курса. Проблема эвтанази новорожденных с врожденной патологией развития, рожденных с критически низкой массой тела, в последнее время выражена достаточно остро. Против легализации подобного рода эвтанази высказался каждый третий респондент.

Не менее актуальным является вопрос о клонировании человека. В России подобные эксперименты запрещены законодательством, однако в ряде стран клонирование узаконено, и это не может не привлекать внимание. 71,5% студентов 2-го курса не видят в клонировании человека никакой нравственной проблемы, в то время как студенты 6-го курса, напротив, полагают данную процедуру недопустимой по этическим соображениям (60% респондентов).

Следующая актуальная проблема - это возможность использования эмбрионального материала в лечебных целях. Эмбриональные стволовые клетки, а также другие ткани нашли применение в различных областях медицины. На вопрос «Допустимо ли, по вашему мнению, применение лечебных методик, основанных на использовании эмбрионального материала?» утвердительно ответили 42,8% (2-ой курс) и 30% (6-ой курс); «против» высказались соответственно 50% и 60%.

Одним из важных вопросов биоэтики является проблема суррогатного материнства. Подавляющее большинство опрошенных нами студентов 2-го и 6-го курсов отрицательно относятся к данному явлению (90% и 64% соответственно).

Научная деятельность студентов-кружковцев в последние годы значительно активизировалась, что связано как с увеличением их количества, так и с выполнением ими не одной, а нескольких работ. Если в 2005 году были опубликованы тезисы всего 5 студенческих научных работ, то в 2010 году эта цифра возросла почти в три раза – опубликованных работ было уже 14. Довольно часто на студенческих научных конференциях студенты выступают с докладами без публикации тезисов. Активное участие в подготовке студенческих научных работ принимает весь педагогический коллектив кафедры. В 2006 опубликованы тезисы следующих работ: «К чему могут привести новые биомедицинские технологии: взгляд студентов» «Суррогатное материнство: не все так просто как кажется», «Значение эпидемиологии наркомании и данных наружного исследования трупа в судебно-медицинской диагностике наркотических отравлений», «Проблема информированного согласия в современном здравоохранении», «Проблема эвтанази: за и против», «Студенчество и наркотики»; в 2007 г. – «Выявление внешних и внутренних мотивов учебной деятельности студентов», «Нравственный аспект развития личности современного студента», «Сигареты, алкоголь и здоровье», «К вопросу о микроскопических изменениях миокарда при хроническом алкоголизме», «Проблемы и перспективы трансплантологии»; в 2008 – «Патернализм в медицине глазами студентов», «Правовые и этические проблемы смерти и умирания», «К вопросу об эвтаназии», «Правовые и этические проблемы аборта», «Отношение врачей реаниматологов к проблеме смерти мозга», «Хроническая ишемическая болезнь сердца и алкогольная кардиомиопатия как причины скоропостижной смерти»; в 2009 году - «Частота транспортной травмы в Краснодарском крае в сравнении с РФ», «К вопросу об особенностях автотравмы при столкновении пешехода с движущимся транспортом», «Динамика смертельных отравлений алкоголем по Краснодарскому краю», «Внезапная смерть и ишемическая болезнь сердца», «Этические, правовые и медицинские аспекты отношения к трупу человека глазами

будущих врачей», «Отношение к искусственному прерыванию беременности женщин, врачей и студентов», «Здоровье и студенчество», «Белый яд в студенческой среде медицинского университета»; в 2010 г. - «Анализ карт катамнеза по поводу потребления алкоголя», «Патоморфологические признаки острого отравления этанолом», «Гистологические параметры при остром отравлении этанолом», «Некоторые аспекты современных тенденций в динамике смертности жителей г. Краснодара», «Проблемы наркомании - прошлое и настоящее», «Некоторые актуальные вопросы биомедицинской этики», «Факторы риска, выявляемые у студентов и врачей-интернов по субъективным оценкам состояния», «Этико-правовые аспекты прокреации глазами будущих врачей», «Отношение к проблеме аборта в студенческой среде», «Актуальные вопросы этики и права в онкологической практике», «Суицид как проблема биоэтики», «Зависимость самоубийств от лунного цикла, времени года в городе Краснодаре», «Права пациента», «Религия и медицина». Результаты проведенных исследований зачастую свидетельствуют о неоднозначном отношении студентов к рассматриваемым проблемам, которое со временем меняется в зависимости от приобретенных теоретических знаний и практического опыта, позволяют конкретизировать некоторые аспекты изучения актуальных проблем права, биоэтики и судебной медицины на практических занятиях по этим предметам. Преподавание на кафедре судебной медицины курсов правоведения и биоэтики делает возможным органически сочетать в себе три важнейших компонента становления врача – этики, права и медицины, позволяя студентам реализовывать свое стремление к научному познанию непростых судебно-медицинских и этико-правовых явлений.

Особое внимание на заседаниях студенческого научного кружка акцентируется на необходимости развития творческого клинического мышления, что является очень важным для врача. В наше время с расширением изучаемых дисциплин, студенту-медику нужно в первую очередь научиться учиться, т. е. уметь выделять главное и второстепенное, а задача вуза и кафедр – помочь ему в этом, всячески поддерживать инициативу, творчество студентов, в чем весьма успешно могут и должны содействовать студенческие научные кружки. Работая с научным материалом, студент приобретает навык и умение выделять главное; рассказывая о своей работе - учится правильно и грамотно говорить; сопоставляя и анализируя научные факты - развивает в себе творческое клиническое мышление. В целом каждый студент, пришедший в кружок, не только расширяет свой кругозор, но и, принимая участие в проведении вскрытия тел умерших, постигает практические основы судебной медицины, еще раз убеждаясь в недвусмысленном значении латинского изречения: «*Hic lokus est ubi mors gaudet succor* - Здесь смерть существует во имя процветания жизни».

Таким образом, опыт работы СНК кафедры судебной медицины свидетельствует о возможностях улучшения подготовки врача путем вовлечения большинства студентов в исследовательскую деятельность.

О.Д. Белоусова, И.А. Толмачев, А.А. Феклистов
ВКЛАД Н.И.ПИРОГОВА В РАЗВИТИЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ
Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
ФГУ ВПО ВМА имени С.М.Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург

О высоком авторитете хирурга и анатома Пирогова в вопросах судебной медицины красноречиво свидетельствует тот факт, что в декабре 1841 г., вскоре после назначения в Медико-хирургическую академию, он был избран членом Медицинского совета Министерства внутренних дел - высшей судебно-медицинской инстанции в России. При избрании Николая Ивановича почётным членом этого совета, были отмечены его заслуги в работе и особая роль в "разъяснении часто весьма запутанных дел и важных вопросов".

Интерес к судебной медицине Н.И.Пирогов проявил уже будучи руководителем кафедры в Дерптском университете (1836-1841 гг.), где им был проведён ряд клинических и экспериментальных исследований в области хирургической патологии и травматологии, имевших непосредственное отношение к судебно-медицинским проблемам. Особенно обращает в этой связи на себя внимание опубликованные им "Анналы хирургического отделения клиники Дерптского университета" (1837-1839 гг.), где с судебно-медицинской точки зрения освещены вопросы врачебных ошибок.

Период работы в Императорской Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии (с 1841 по 1953) является наиболее значимым этапом научной и педагогической деятельности Н.И.Пирогова, принеся ему заслуженную славу всемирно известного анатома, патолога, хирурга-клинициста и реформатора медицинского образования.

Н.И.Пирогов активно занимался преподавательской деятельностью. В числе лекций по патологической анатомии (1846 г.) была лекция "Об ушибе и апоплектическом ударе мозга и его оболочек". Эта тема имеет непосредственное отношение к вопросам судебно-медицинской травматологии и учению о скоропостижной смерти.

Особую роль в развитии судебно-медицинских исследований сыграл созданный по предложению Н.И.Пирогова при Медико-хирургической академии Анатомический институт (1846 г.). В этом институте, наряду с анатомическими исследованиями производились и судебно-медицинские вскрытия. Вскоре после образования института Н.И.Пирогов стал заведовать всеми производившимися в академии вскрытиями.

В период работы в Медико-Хирургической академии Министерство внутренних дел поручает Пирогову составление "Атласа анатомии для судебных врачей". Этот атлас, содержащий шесть литографических цветных таблиц и текст к ним, вышел в 1846 г. и был озаглавлен: "Анатомические изображения наружного вида и положения органов, заключающихся в трех главных полостях человеческого тела, назначенные преимущественно для судебных врачей". Атлас должен был служить пособием для врачей, производящих судебно-медицинские вскрытия трупов. Интересно отметить, что в самой заглавии атласа "Анатомические изображения" Н.И.Пирогов говорит о трех главных полостях человеческого тела. Этим подчеркивается необходимость исследования при судебно-медицинском вскрытии органов черепной, грудной и брюшной полостей - положение, сохранившее обязательную силу до настоящего времени.

В редакционном предисловии подчеркнуто, что для судебных врачей книга может стать справочником при вскрытии мертвых тел. Изображения представляют собой тонко

и отчетливо исполненные рисунки ряда анатомических препаратов. Детальные топографо-анатомические описания препаратов в указанном пособии свидетельствуют, что Н.И.Пирогов считал обязательным и для судебных врачей совершенные анатомические познания.

Особенно большое внимание Н.И.Пирогов уделял исследованию различных видов повреждений. Результаты его наблюдений и опытов в этой области, в особенности учение о ранениях, наиболее полно представлены в "Началах общей военно-полевой хирургии", взятых из наблюдений военно-госпитальной практики и воспоминаний о Крымской войне и Кавказской экспедиции.

Н.И.Пирогов разделял раны на «порезанные (резанные), рубленые, колотые, разорванные, ушибленно-рваные». Одной из основ классификации ран, разработанной Пироговым, является их разделение по ранящему оружию или предмету.

Н.И.Пирогову принадлежит приоритет в изучении механизма огнестрельных ранений, имеющего непосредственное отношение к судебной медицине.

Из сделанных Н.И.Пироговым наблюдений и клинико-морфологических описаний различных видов повреждений наибольший интерес с судебно-медицинской точки зрения представляет его характеристика входного и выходного огнестрельных отверстий.

Отмеченный Н.И.Пироговым в 1848 г. признак потери существа (дефект ткани) в области входного отверстия считается и в настоящее время важнейшим признаком входной раны. Наряду с дефектом ткани, Пирогов отмечал еще два важных признака входного отверстия: ободок осаднения (отставшая корочка - эпидермис) и ободок обтирания (отпечаток пули), т.о. Н.И. описаны, объяснены и систематизированы характерные особенности входного огнестрельного отверстия, значение которых в настоящее время для судебно-медицинской диагностики общеизвестно.

В "Началах общей военно-полевой хирургии" изложены не только данные о наружных повреждениях, но и о ранениях внутренних органов, как холодным, так и огнестрельным оружием. Особое внимание уделено огнестрельным ранениям нервной системы - центральной и периферической, анатомической характеристике повреждений черепа. Нельзя не упомянуть, что Н.И.Пирогов, как он сам об этом пишет, ранее других исследователей, в своих "протоколах вскрытий самоубийц, застрелившихся пулей в лоб", отметил трещины на основании черепа.

В "Отчете о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Эльзасе, Лотарингии в 1870 г." и последующих трудах по военно-полевой хирургии, Н.И.Пирогов освещает ряд важных для судебной медицины и судебной баллистики вопросов, объясняет некоторые особенности ранений в эту войну "величиной, формой и действием пули Шасспо, несколько отличной от прежних пуль".

В 1879 г. вышла знаменитая работа Н.И.Пирогова "Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии 1877-1878 гг." В ней Н.И.Пирогов уделял большое внимание новым образцам пуль.

Раздел данного капитального труда о свойствах огнестрельных снарядов представляет собой специальную работу по раневой баллистике и исключительно важен для судебно-медицинской и криминалистической экспертизы. Свойства огнестрельной раны зависят, по Н.И.Пирогову, от живой силы, различного устройства, материала и формы снаряда. В полном соответствии с современными представлениями Пирогов называет в

числе основных факторов, от которых зависит образование и характер огнестрельного ранения, видоизменение (деформацию) пули, а также изменения ее в полете.

Подробно изучены Н.И.Пироговым и различные виды деформации пуль. Одним из первых он описал явление распада пули - их фрагментацию.

Исключительная полнота, с которой Н.И.Пирогов осветил вопросы, связанные с огнестрельными повреждениями, определила следующее из основных начал военно-полевой хирургии: "Свойство ран, смертность и успех лечения зависят, преимущественно, от различных свойств оружия, и, в особенности, огнестрельных снарядов".

С целью проверки мнения известного французского хирурга Дюпюитрена о том, что "отверстие выхода обыкновенно шире отверстия входа", Н.И.Пирогов предпринял ряд опытов над огнестрельными повреждениями.

Эти опыты (общим числом 60) были сделаны на трупах в Анатомическом институте Медико-хирургической академии. В "Ответе г. ученому секретарю Медико-хирургической академии" (1872 г.) Н.И.Пирогов пишет о целом ряде опытов, произведенных в анатомическом бараче, в том числе над огнестрельными ранами. И в данном случае, как и всегда, для разрешения вопросов, возникавших в его практической работе, Н.И.Пирогов прибегает к эксперименту. Излагая результаты наблюдений, Н.И.Пирогов прежде всего отмечает принципиальную разницу между пулевыми ранениями мягких тканей и ранами с раздроблением кости. "В последних,- пишет Пирогов,- отверстие выхода обыкновенно шире и соединено с большим разрывом кожи, нежели отверстие входа". Это зависит, по мнению Н.И.Пирогова, от изменения формы пули при столкновении с костями, причем деформированная пуля образует рваное выходное отверстие. Оба эти положения справедливы и для повреждения пулями от современного огнестрельного оружия. Это наглядно доказывают современные снимки (скоростная рентгенокиносъемка) при изучении огнестрельных повреждений в момент их образования.

При вскрытиях Н.И.Пирогов производил микроскопические исследования тканей. Одно из важнейших дополнительных исследований, судебно-химическое, - так же было в поле зрения Н.И.Пирогова. Эти исследования он рассматривает как составную часть судебно-медицинской экспертизы. На значение, которое Н.И.Пирогов придавал химическим исследованиям, указывает то, что, работая в Императорской Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии, ученый просил дать ему специального помощника для производства химических исследований болезненно измененных жидкости и тканей организма, - в клинике и в эксперименте".

В годы ВОВ, а именно, в 1943 году проблема организации и квалифицированного производства экспертиз по поводу членовредительства и других видов уклонения от военной службы станет одной из причин организации самостоятельной военной СМ службы в ВС СССР.

Почти за 100 лет до этого в трудах Н.И.Пирогова уже имеются сведения о важных, в особенности для военной судебно-медицинской экспертизы, случаях освидетельствования живых лиц, подозреваемых в симуляции.

В "Отчете о путешествии по Кавказу" (1849 г.) он сообщает о случае мнимого притворства: "В Тифлисе я имел случай доказать невинность одного рекрута, подозреваемого в притворстве". Это был здоровый, крепкий, молодой человек, взятый года за два перед тем в рекруты. При принятии он оказался немым, но всё слышал и отвечал зна-

ками на все вопросы; он объясняя что от сильного ушиба головы потерял способность говорить, его наблюдали днем и ночью. Я подвергнул его влиянию эфирных паров, привел в глубокое бесчувствие и наблюдал вместе с окружающими тот момент, когда он начнет терять сознание и потом, когда он придет в чувство. У него обнаружилось веселое расположение духа, он смеялся, мычал, усиливался что-то сказать, но не мог более произнести, как несколько несвязных гортанных звуков".

Однако, причисляя наркотизацию к насильственным способам, осуждает употребление насильственных средств в открытии притворства. Свойственный Н.И.Пирогову гуманизм сказывается и в том, что он объявляет применение для диагностики симуляции насильственных и причиняющих страдание средств безнравственным и недостойным врача. И все же нужно отметить то удовлетворение, с которым Н.И.Пирогов пишет о том, что доказал путем применения эфирного наркоза невиновность подозреваемого в притворной немоте рекрута.

Нельзя не подчеркнуть, что для военной судебно-медицинской экспертизы, связанной с проведением освидетельствования живых лиц в нередко сложных условиях приема потока раненых и медицинской эвакуации, указания Н.И.Пирогова о значении администрации в военно-медицинском деле и, в особенности, в сортировке раненых являются принципиально важными.

Свои знания и навыки в области судебной медицины Н.И.Пирогов с успехом применял и на практике, участвуя в качестве эксперта в проведении повторных экспертиз. Так, дело об убийстве крестьянки Нагибиной, стало знаменитым.

В заключении по делу Н.И.Пирогов отмечает, что «следователь не проверил, подходила ли найденная им пуля к стволу ружья, а судебный врач еще менее того обратил внимание на величину, форму и изменения от выстрела пули... И разве снаряд и оружие,- продолжает Н.И.Пирогов, - не столько же должны интересовать врача, как и следователя?»

Вещественным доказательствам, в первую очередь оружию, боеприпасам, одежде, Н.И.Пирогов придавал большое значение и требовал внимания к ним, как со стороны представителей следствия, так и со стороны врачей - экспертов.

Подводя итог деятельности Н.И.Пирогова в области судебной медицины можно выделить несколько направлений, первое из которых связано с его работой в качестве судебно-медицинского эксперта, второе - с огромным вкладом в теорию судебной медицины, и, наконец, третье - с изданием печатных работ, оказавших реальную помощь врачам, выполнявшим обязанности судебно-медицинских экспертов.

Таким образом, хирурга и анатома Пирогова с уверенностью можно считать одним из основоположников и судебной медицины в России. Но мировую славу Николаю Ивановичу создал его фундаментальный труд: «Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, произведенных в трех измерениях через замороженное человеческое тело». Гордостью музея нашей кафедры является одна из литографических плит, изготовленных по распилам Пирогова для создания этого непревзойденного топографо-анатомического издания.

Сегодня кафедра судебной медицины Военно-медицинской академии расположена на территории бывшей Обуховской больницы. В 1932 году по инициативе выдающегося хирурга Ивана Ивановича Грекова, главного врача Обуховской больницы здесь был

установлен памятник Николаю Ивановичу Пирогову. Интересна надпись на тыльной стороне постамента: «Здесь стояла покойницкая, где Н. И. Пирогов на распилах замороженных трупов создавал свой атлас топографической анатомии». Надпись вводит в заблуждение даже сотрудников академии.

Деревянное здание Анатомического института не сохранилось, но местоположение его на Клинической улице, во дворе Сухопутного госпиталя известно. И основные распилы Пирогов осуществил именно там, на Выборгской стороне — в Медико-хирургической академии. Там к его услугам была огромная дискообразная пила для ценных древесных пород. Но то, что профессор Пирогов в Обуховской больнице консультировал, оперировал, и вскрывал – факт исторический. И именно это место пожелал увековечить И. И. Греков...

А.Н. Белых
**К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ДИАПАЗОНОВ, В КОТОРЫХ НАХОДЯТСЯ
 ЧИСЛЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИСКОМЫХ
 ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННЫХ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ**

*Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
 ФГУ ВПО ВМА имени С.М.Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург*

При постановке задач по определению давности и времени события, расстояния выстрела или взрыва, скорости движения повреждающего объекта, энергетических параметров повреждающего воздействия, прочностных характеристик повреждаемого объекта, составляющего его материала, размерных характеристик повреждающих объектов, их массы, дозы, концентрации токсического вещества возможно лишь установить диапазон, в котором находится истинный показатель искомого параметра. Чем короче диапазон (меньше «разброс», «ошибка»), тем ценнее результат.

Рассмотрим методику определения (временного) диапазона в случае решения экспертной задачи по определению давности смерти. По данным представленных материалов дела: 28.11.02 г. при осмотре трупа молодой женщины К., 1978 г. р., правильного телосложения, удовлетворительного питания (причина смерти – «механическая асфиксия от сдавления шеи петлей в результате повешения») на месте происшествия (в квартире умершей) было установлено: трупное окоченение резко выражено во всех группах обычно исследуемых мышц; трупные пятна при надавливании слегка бледнеют и не восстанавливают своей окраски через 30 минут (стадия стаза) *специалиста**; температура в прямой кишке трупа — +21,0 °С, через 1 час - +21,0°С, температура окружающего воздуха +19,2 °С («По состоянию на 23 час 55 мин 28.11.02 г.»).

На период осмотра трупа на месте происшествия на трупе имелись следующие предметы одежды: шерстяной трикотажный пуловер, синтетическая трикотажная футболка, синтетический бюстгальтер, джинсовые брюки, капроновые колготки, трусы из синтетического трикотажа.

При оценке результата исследования трупного окоченения («резко выражено во всех группах мышц») специалист в области судебной медицины пришел к выводу, что он указывает на то, что численный показатель давности смерти находится в диапазоне от

«> 24 часов» до ≤ 72 часов относительно момента фиксации состояния трупного окоченения [2], т.е. смерть потерпевшей наступила в промежуток времени *от 23 час 55 мин 25.11.02 г. до 23 час 55 мин 27.11.02 г.* При оценке результата исследования трупных пятен («при надавливании незначительно бледнеют и не восстанавливают своей окраски через 30 минут») специалист пришел к выводу, что численный показатель давности смерти находится в диапазоне от «более 24 часов» до «не свыше 48 часов» [2], относительно момента фиксации результатов исследования динамики трупных пятен в 23 час 55 мин 28.11.02 г. При этом условии численный показатель времени смерти находится в диапазоне от 19 ч 55 мин 26.11.02 г. до 23.55 26.11.02 г.

По результатам оценки термодинамики (ректальная температура — $+21,0^{\circ}\text{C}$ в 23 час 55 мин 28.11.02 г. через 1 час – не изменилась, при температуре окружающей среды $+19,2^{\circ}\text{C}$) численный показатель давности смерти находится в диапазоне от 24 до 28 часов» относительно момента фиксации результатов исследования динамики трупных пятен в 23 час 55 мин 28.11.2002 г. («...в случае нахождения трупов взрослых лиц при температуре окружающего воздуха $+16...23^{\circ}\text{C}$ определение давности смерти по показателям ректальной температуры возможно в течение 32 часов. Вероятность ошибки не превышает 0,05, а ее интервал не превосходит 4 ч» [1]. И тогда численный показатель времени смерти находится в диапазоне от 19 ч 55 мин до 23 ч 55 мин 27.11.02 г.

Установление границ комплексного диапазона рекомендуется осуществлять следующим образом: а) за минимальную (левую) границу комплексного диапазона принимается показатель, располагающийся правее всех минимальных, б) за максимальную (правую) границу комплексного диапазона принимается показатель, располагающийся ближе к левой комплексной, чем все остальные показатели, располагающиеся справа.

При сопоставлении выявленных критериев оценки состояния трупного окоченения (I), трупных пятен (II) и термодинамики трупа (III), указывают на то, что одновременное сочетание всех трех выявленных критериев в данном случае возможно лишь в диапазоне от ≈ 24 (несколько свыше 24 ч) до 28 часов относительно времени фиксации данных об этих критериях (см. табл. 1). За пределами указанного диапазона сочетание всех трех критериев оказалось невозможным.

Таблица 1.

Сопоставление временных диапазонов давности смерти по результатам экспертной оценки состояния трупного окоченения (I), трупных пятен (II) и термодинамики трупа (III)

	24 ч.	48 ч.	72 ч.
I	От > 24 ч. -----> до ≤ 72 ч.		
II	От >24 ч. -----> до ≤ 48 ч.		
III	От 24 ч. —> до 28 ч.		

Следовательно, численный показатель давности смерти гр. К. по результатам комплексной судебно-медицинской оценки состояния трупных явлений, определенного при осмотре трупа на месте происшествия 23 час 55 мин 28.11.2002 г. (трупного окоченения, трупных пятен, термодинамики) находится в пределах диапазона от ≈ 24 до 28 часов.

Полученные данные, указывают на то, что численный показатель времени смерти гр. К. находится в диапазоне от 19 час 55 мин до 23 час 55 мин 27 ноября 2002 г.

Данный метод позволяет уменьшить разброс разнородных численных данных и более определенно решить экспертную задачу, приблизив границы комплексного диапазона к искомому показателю.

Литература

1. Ботезату Г.А., Тетерчев В.В., Уунгурян С.В. Диагностика давности смерти в судебной медицине. – Кишинев, «Штиинца», 1987. - С. 124-125.
2. Матышев А.А. Определение времени наступления смерти. – В кн.: Осмотр трупа на месте его обнаружения: Руководство для врачей / Под ред. А. А. Матышева. – Л., Медицина, 1989. – С. 216-217.

А.Н. Белых

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОТ УДАРОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АГРЕССИВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ НЕВООРУЖЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

*Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
ФГУ ВПО ВМА имени С.М. Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург*

Пострадавшие от ударов, обусловленных действиями невооруженного человека на нижние конечности жертвы, в нашем материале составили – 60,9%, лица, нижние конечности которых подверглись неударным воздействиям – 39,1%.

Повреждения нижних конечностей причинялись ударами обувью стопой – 85,21%, коленом - 0,11%, и кулаком – 0,57%, реже возникали от соударения с грунтом в результате падения на плоскости, обусловленного агрессивными действиями невооруженного человека – 14,00%, и с предметами окружающей обстановки – 0,11%.

Они локализовались на бедрах – 47,48%, коленях – 18,8%, голеностопных областях голени – 1,72%. и других участках голени – 29,93%, на пальцах – 1,60% и других участках стоп – 0,46% (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение повреждений нижних конечностей от ударов, обусловленных травмирующими действиями невооруженного человека, по их локализации на частях нижних конечностей

Удары	Локализация повреждений						Всего	
	Бедро	Колено	Голень	Голеностопные обл.	Стопа		абс.	%
					Пальцы	Др.уч.		
Стопой	387	135	192	12	14	3	743	85,2
Коленом	-	1	-	-	-	-	1	0,1
Кулаком	2	-	3	-	-	-	5	0,6
О грунт	25	28	65	3	-	1	122	14,0

О предметы окружающей обстановки	-	-	1	-	-	-	1	0,1
Итого (абс.)	414	164	261	15	14	4	872	
Итого (%)	47,5	18,8	29,9	1,7	1,6	0,5		100,0

Эти травмы проявлялись кровоподтеками – 54,54%, ссадинами с кровоизлияниями в подлежащие ткани – 41,68%, переломами – 1,72%, ушибленными ранами – 0,8%, только травматическим отеком мягких тканей – 0,57%, ушибом мягких тканей конечности (без ран, ссадин, кровоподтеков, переломов и повреждений связок) с нарушением сократительной функции мышц конечности, болевым синдромом, в единичных случаях и опорной функции, - 0,46%, разрывом связок – 0,23% (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение повреждений, обусловленных травмирующими действиями невооруженного человека (удар), по виду и локализации

Вид повреждений	Травмирующие части тела			Грунт, пол	Предметы окр. об-стан.	Всего	
	стопа	колени	кулак			абс.	%
Кровоподтеки	435	-	5	34	1	475	54,5
Ссадины	280	-	-	83	-	363	41,9
Переломы	14	-	-	1	-	15	1,7
Раны	6	-	-	1	-	7	0,8
Травматический отек мягких тканей	4	-	-	1	-	5	0,6
Ушиб мягких тканей	3	-	-	1	-	4	0,5
Разрыв связок	1	1	-	-	-	2	0,2
Итого (абс.)	743	1	5	121	1	871	
Итого (%)	85,3	0,1	0,6	13,9	0,1		100,0

При сравнении с характеристиками травм нижних конечностей, образовавшихся от неударных воздействий невооруженного человека, установлено, что на происхождение травм от ударных воздействий указывали прямые переломы, повреждения связочно-суставного аппарата, соответственно месту приложения травмирующего воздействия, ушибленные раны. Информативными также (для происхождения от ударных воздействий) являются ссадины с кровоизлиянием в подлежащие ткани в области коленных суставов; в области голени - ссадины, кровоподтеки, травматический отек; в

области голеностопных суставов - ушибленные раны, кровоподтеки, ссадины; на пальцах стоп – кровоподтеки (от удара обувью по обувью ноге).

Полученные данные целесообразно использовать в комплексной судебно-медицинской оценке возможности происхождения травм нижних конечностей от ударов, причиненных действиями невооруженного человека.

И.В. Ершова

НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Кафедра судебной медицины (зав. - проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает одно из первых мест среди повреждений при совершении преступлений против жизни и здоровья граждан, что делает ее актуальной проблемой судебно-медицинской экспертизы. Дифференциальная диагностика различных форм ЧМТ сложна, однако имеет высокую значимость, так как влияет на квалификацию причиненного вреда здоровью и меру юридической ответственности; последнее особенно важно, поскольку в большинстве случаев черепно-мозговые травмы относятся либо к противоправным действиям, либо к нарушениям тех или иных правил поведения. Основополагающее значение для объективизации правовой оценки преступления, совершенного против здоровья личности, принадлежит судебно-медицинской экспертизе, одним из наиболее сложных видов которой является экспертиза в случаях несмертельной ЧМТ.

Наибольший удельный вес среди ЧМТ по-прежнему составляет ее легкая форма - сотрясение и ушиб головного мозга легкой степени, которые чаще получает трудоспособное население молодого и среднего возрастов (до 65%), в вечернее время в быту; орудием травмы более чем в половине случаев являются части тела невооруженного человека, при этом каких-либо дифференциально-диагностических различий между характером наружных повреждений при сотрясении и ушибе головного мозга не установлено.

Сомнения в правильности судебно-медицинской оценки причиненного вреда здоровью при ЛЧМТ по-прежнему остаются одной из главных причин назначения повторных экспертиз; более чем в половине случаев он определяется неверно.

Установлено, что первое место среди причин назначения повторных экспертиз занимает наличие в материалах дела двух и более экспертных исследований с различной установленной степенью тяжести причиненного вреда здоровью, что в значительной степени свидетельствует об отсутствии достоверных дифференциально-диагностических критериев между СГМ и УГМ ЛС. В совокупности с двумя другими причинами: несогласие подозреваемого (обвиняемого) с первичной судебно-медицинской экспертной оценкой степени тяжести причиненного вреда здоровью потерпевшему и несогласие пострадавшего с установленным сроком расстройства здоровья, наступившим в результате полученной травмы, – последние обуславливают назначение около половины всех экспертиз.

Необходимо отметить, что в части случаев эксперты вынуждены принимать в производство судебно-медицинские экспертизы, в которых объективная причина для их на-

значения не указана, что является нарушением положений действующего законодательства.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные ЛЧМТ, проблемы диагностики ее форм и определения степени тяжести причиненного вреда здоровью по-прежнему остаются важными как для клиники, так и для судебно-медицинской экспертизы. При наличии практических рекомендаций, указывающих на необходимость комплексного подхода к оценке степени тяжести вреда здоровью при ЛЧМТ, судебно-медицинскими экспертами продолжают допускаться ошибки, что приводит к назначению повторных экспертиз.

В клинической практике основным критерием для установления диагноза ЛЧМТ является степень выраженности клинической симптоматики и ее продолжительность. На разграничении понятий кратковременного и длительного (свыше 21 дня) расстройства здоровья основаны и Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, которые чаще всего являются предметом обсуждения и споров. Однако, при оценке тяжести вреда здоровью не учитывается роль сопутствующих заболеваний - остеохондроза шейного отдела позвоночника, астено-невротического и астено-вегетативного синдромов, вегето-сосудистой дистонии, гипертонической болезни, дисциркуляторной энцефалопатии, гормональных дисфункций и др.; остаточных симптомов ранее перенесенной черепно-мозговой травмы, алкогольной интоксикации, что часто приводит к завышению установленных среднестатистических сроков лечения. В результате нередко и судебно-медицинскими экспертами оценка степени вреда здоровью производится с завышением по признаку длительного расстройства здоровья.

Анализ медицинских документов в рамках повторных СМЭ показал, что ЛЧМТ характеризуется разнообразием клинических проявлений. При этом основное их количество носит субъективный характер, а объективные симптомы поражения центральной нервной системы обычно обусловлены сопутствующими заболеваниями и синдромами, и именно с продолжительностью их сохранения была связана продолжительность лечения. Необходимо отметить, что длительность сохранения общемозговой симптоматики свыше 40 дней встречается почти в трети случаев при сотрясении головного мозга и ушибе головного мозга легкой степени.

Это свидетельствуют о том, что к срокам сохранения жалоб и объективных симптомов поражения ЦНС, зафиксированным в медицинских документах, эксперт должен относиться критично, не исключая возможности, во-первых, небрежного отношения медицинского персонала к оформлению медицинской документации, а, во-вторых, обусловленности их причинами, не связанными с травмой.

Таким образом, при производстве экспертиз и обследований в случае оценки вреда здоровью при ЛЧМТ обязательным условием является осмотр потерпевшего с участием профильного специалиста, активное выявление данных анамнеза, жалоб и объективных симптомов поражения центральной и вегетативной нервных систем, что позволит подтвердить выставленный диагноз либо направить потерпевшего на дообследование с целью установления влияния имеющейся сопутствующей патологии на течение ЧМТ, а также изучение подлинной медицинской документации, в том числе предшествовавшей травме.

Объективизировать и провести дифференциальную диагностику форм ЛЧМ позволяет изучение гистохимических показателей активности КТэр. в первую неделю острого периода, представленные в виде графиков линейной зависимости, которые позволяют определить ее реакцию на травму и выявить степень напряжения и истощения антиоксидантных защитных реакций организма, а также установить влияние на нее алкогольной интоксикации и последствий ранее перенесенной черепно-мозговой травмы, обусловленных характером патологических изменений в структурах головного мозга, пусковыми механизмами защитных систем и адаптационными возможностями организма на травму.

Н.Н. Живодеров, А.А. Аулов, П.В. Минаева
**К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИКРОЧАСТИЦ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ
В КОЖНЫХ РАНАХ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ**
Кафедра судебной медицины (зав.- член-корр. РАМН проф. Ю.И. Пиголкин)
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Установление предмета, которым было причинено повреждение, для расследования преступлений имеет существенное, а иногда и ведущее значение. В ряде случаев в участке кожи или органа с повреждением могут быть обнаружены фрагменты травмирующего предмета. Поэтому актуальность выявления тех или иных включений в ране не требует особенных доказательств – она очевидна. Выявление таких включений и загрязнений в повреждениях способствует конкретизации экспертных экспертных выводов об орудии травмы и механизме его действия.

В судебной медицине имеет большое значение установление предмета, которым было причинено повреждение. При исследовании трупов в ряде случаев обнаруживают включения в повреждениях, благодаря которым можно установить сам предмет.

Целью нашего исследования являлось обнаружение микрочастиц стекла в кожных ранах. В качестве объектов исследования были использованы 45 кожных лоскутов с ушибленными ранами, взятыми из различных областей головы и туловища.

В литературе содержится недостаточно данных о выявлении микрочастиц для определения орудия травмы [1-4]. Между тем, выявление микрочастиц в ранах дают основание для предположения об орудии травмы, что может иметь дифференциально-диагностическое значение.

В качестве метода исследования использована одна из наиболее объективных методик - так называемая «мокрая минерализация». При минерализации, то есть разрушении объектов концентрированной азотной кислотой, обнаруживается больше осколков стекла, чем при использовании метода смывов-соскобов. Кроме того, осколки стекла легко дифференцируются с иными инородными включениями в области повреждений (частицами кирпича, штукатурки и др.), которые в отличие от стекла под действием кислоты разрушаются.

«Минерализацию», проводили в специальных кюветах, куда помещали по 10 мл концентрированной азотной кислоты и опускали кожные лоскуты, а затем нагревали на водяной бане, в результате чего кожные лоскуты растворялись в растворе. После растворения объектов на дне образовался осадок, который извлекался и центрифуги-

ровался. Осадок промывали дистиллированной водой, высушивали, помещали на покровные стекла, рассматривали под микроскопом при увеличении в 50 раз и сравнивали с эталонами. В качестве эталонов использовали изготовленные заранее образцы микрочастиц стекла (бутылочное, оконное), полученные в экспериментальных условиях и исследованные под микроскопом при увеличении в 50 раз.

В результате было в 18 кожных лоскутах определены микрочастицы стекла, в остальных 37 кожных лоскутах каких-либо микрочастиц обнаружено не было.

При сравнении с образцами в 15 случаях были обнаружены микрочастицы бутылочного стекла (фото № 1), в 3 случаях - микрочастицы оконного стекла (фото № 2).

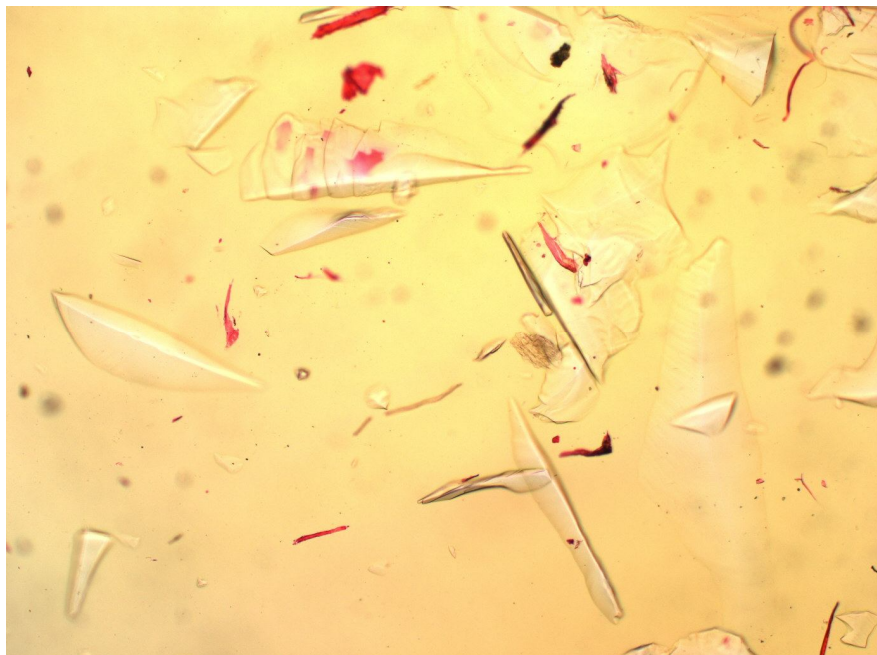


Фото № 1. Микрочастицы бутылочного стекла (увеличение 50 раз).

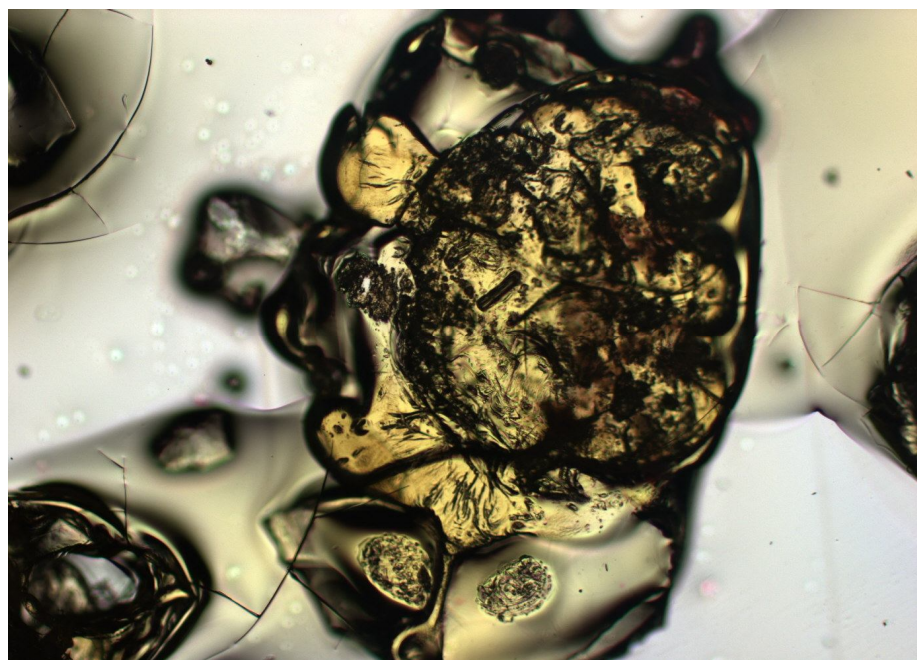


Фото № 2. Микрочастицы оконного стекла (увеличение 50 раз).

Таким образом, проведенные исследования кожных лоскутов с ушибленными ранами показали возможность обнаружения инородных включений в кожных ранах, что является весьма информативным. Более того, метод «мокрой минерализации» дает возможность не только обнаружить микрочастицы стекла в ранах, но и дифференцировать их (оконное стекло, бутылочное стекло и т. д.).

Эффективность данной методики позволяет сделать вывод о целесообразности направлять на исследование кожные лоскуты с ушибленными ранами для определения инородных включений и дифференцировки тупых предметов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Загрядская А.П., Федоровцев А.Л., Королева Е.И. Идентификационное значение следов-наложений на орудиях травмы// Идентификация объектов и процессов судебной медицины. Сборник научных трудов. - М., 1991.
2. Загрядская А.П., Шинкарев Н.И. О диагностических возможностях некоторых лабораторных методов выявления осколков стекла в повреждениях// Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Ижевск, 1975.
3. Загрядская А.П., Шалаев Н.Г., Федоровцева Л.С., Колокольцев Е.Ф., Далецкий Е.В., Доринин Н.М., Овсянников В.Н. Некоторые методы исследования при судебно-медицинской экспертизе повреждений острыми и тупыми предметами. - Горький, 1966.
4. Загрядская А.П., Федоровцева Л.С. О судебно-медицинском исследовании вещественных следов травмы на орудиях// Вопросы теории и практики судебной медицины. - Пермь, 1966.

В.В. Зимнухов, В.В. Войновская, В.Ф. Пилипас

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ТРОПИКАМИДА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТАХ

ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Департамента здравоохранения Краснодарского края (нач. – к. м. н. Н.П. Варшавец), г. Краснодар

Тропикамид – N-Этил-2-фенил-N-(4-пиридилметил) гидракриламид обладает холинолитической активностью. Применяется в офтальмологии для диагностических целей, когда необходимо вызвать мидриаз и циклоплегию, в том числе при исследовании глазного дна и определении рефракции [3].

В последнее время в различных регионах России отмечаются случаи использования тропикамида наркозависимыми лицами, чаще всего подростками, в качестве пролонгатора наркотических веществ. Это вызывает озабоченность у работников здравоохранения, ими ставится вопрос об упорядочении отпуска этого препарата в аптеках. В доступных источниках мы не встретили описания смертельных отравлений тропикамидом и способов его идентификации в биологических объектах.

Учитывая, что тропикамид не изучен в судебно-химическом отношении, встретившиеся нам четыре случая обнаружения его в трупном материале, использованные методики изолирования и способы идентификации, на наш взгляд, будут интересны для практических судебно-медицинских экспертов судебно-химических отделений.

Трупный материал от четырех трупов был представлен для определения наркотических веществ: от трупа женщины 26 лет и от трех трупов мужчин в возрасте 21-35 лет.

При судебно-химическом исследовании в одном случае наряду с тропикамидом был обнаружен кодеин, в двух – морфин. В четвертом случае обнаружен только тропикамид.

Исследование начинали с пробоподготовки печени и почки для определения морфина по несколько измененной методике [1]. Навески печени и почки подвергали гидролизу с хлористоводородной кислотой в течение 45 минут в герметически закрытых сосудах при температуре 120°. Солянокислые гидролизаты очищали хлороформом, а затем, после подщелачивания натрия карбонатом до pH 9, проводили экстракцию смесью хлороформа с н-бутанолом (9:1). В одном случае изолирование токсикантов проводили подкисленной водой по общепринятой методике, в трех - изолировали нейтральным спиртом [2]. Для обнаружения тропикамида использовали «щелочные» экстракты. Экстракты, полученные всеми способами пробоподготовки, выпаривали в выпарительных чашках досуха. Остатки растворяли в небольших объемах спирта (около 300 мкл) и спиртовые растворы исследовали на газовом хроматографе «КРИСТАЛЛ 5000.1» с масс-селективным детектором. Исследование проводили при следующих условиях: колонка кварцевая капиллярная 30 м 0,35 мм с неподвижной фазой «TR-5MS». Начальная температура колонки 60°, время выдержки при начальной температуре 1 минута, подъем температуры в интервале 60-280° со скоростью 30° в минуту. Скорость потока газ-носителя гелия 1,0 мл/мин. Температура инжектора 280°, масс-селективного детектора – 250°. Диапазон масс 50-500 а.е.м. На хроматограммах был идентифицирован тропикамид с масс-спектрами 51, 65, 92, 135, 163, 183, 225, 254.

Для доказательства тропикамида использовали также газожидкостную хроматографию. Анализ проводили на хроматографе «КРИСТАЛЛ 2000М» с электронно-захватным детектором при следующих условиях: колонка капиллярная CP 8761 30 м X 0,32 мм (с неподвижной фазой CP-Sil 8 CB); температура термостата колонки 260°, испарителя 270° и детектора - 280°; давление газа-носителя – азота на входе 200 кПа, поток 3,72 мл/мин, деление потока 1:10. Обработка результатов проводилась с помощью компьютерной программы «Хроматек Аналитик». Время удерживания тропикамида 4,562-4,572 минуты.

Нами также выбраны условия проведения тонкослойной хроматографии тропикамида на пластинках сорбфил. Было установлено, что Rf тропикамида в системе: хлороформ-диоксан-ацетон-25% раствор аммиака (45:47,5:5:2,5) колеблется в пределах 0,54-0,60, в системе: бензол-диоксан-25% раствор аммиака (60:35:5) – 0,27-0,30, в системе: толуол-ацетон-этанол-25% раствор аммиака (45:45:7:3) – 0,49-0,52, в системе: этилацетат-метанол-25% раствор аммиака (17:2:1) – 0,65-0,67. В качестве детектирующего реагента использовали модифицированный реактив Драгендорфа.

Таким образом, тропикамид приобрел судебно-химическое значение. Из биологических объектов он может быть выделен кислотным гидролизом, подкисленной водой и нейтральным спиртом. Для его идентификации можно применять тонкослойную, газожидкостную хроматографии, хромато-масс спектрометрию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаханян Р.В., Бушуев Е.С., Варданян Ш.А., Афанасьева В.В. Наркотические средства, психотропные и сильнодействующие вещества. - Санкт-Петербург, 2008. - С. 121.

2. Зимнухов В.В. Общая схема пробоподготовки трупного материала при определении малолетучих органических токсикантов //Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики. Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков, посвященного 30-летию Всероссийского общества судебных медиков. - Москва-Тюмень. Издательский центр «Академия», 2005. - С. 107-108.

3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Москва: ООО «Новая Волна», 2001. - Т. 1. - С. 169.

В.В. Зимнухов
**СЛУЧАЙ СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ТРУПНОГО МАТЕРИАЛА НА ДИКЛОФЕНАК**

*ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Департамента здравоохранения
Краснодарского края (нач. – к. м. н. Н.П. Варшавец), г. Краснодар*

Диклофенак-натрий (ортофен) – натриевая соль 2-[(2,6-дихлорфенил)-амино]-фенилуксусной кислоты оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие. Применяется при остром ревматизме, ревматоидном артрите, артрозах, спондилоартрозах [3].

Отравления этим препаратом и способы их судебно-химической диагностики в доступной литературе не описаны. Поэтому встретившийся нам случай судебно-химического доказательства диклофенака в секционном материале, на наш взгляд, представляет определенный интерес для судебно-медицинских экспертов судебно-химических отделений.

На судебно-химическое исследование поступили печень, почка, тонкий кишечник, желудок и желчь трупа С. Из направления судебно-медицинского эксперта было известно, что гр-ка С. умерла в больнице на второй день после поступления с диагнозом: отравление диклофенаком.

Для изолирования диклофенака из трупного материала использовали, разработанную нами ранее общую схему пробоподготовки при определении малолетучих токсикантов органической природы [2].

Измельченные навески трупного материала (по 25 г) экстрагировали 95° этиловым спиртом в присутствии безводного натрия сульфата. Экстракты подкисляли концентрированной хлористоводородной кислотой до pH 3-4 и выпаривали в выпарительной чашке на водяной бане при температуре 40°. Остатки обрабатывали 0,1 н раствором хлористоводородной кислоты (по 7 мл). Для очистки от балластных веществ, проводили экстракцию гексаном. Затем водную фазу экстрагировали эфиром из кислой среды, и хлороформом после подщелачивания 25% раствором гидроксида аммония до pH 10. Исходя из того, что диклофенак обладает кислотными свойствами, его идентификацию проводили в эфирном экстракте. Эфирные экстракты выпаривали, остатки смывали спиртом, объемы смывов доводили до 2- мл.

Для идентификации диклофенака использовали газожидкостную хроматографию, высокоэффективную жидкостную хроматографию (ВЭЖХ), спектрофотометрию в УФ области спектра и тонкослойную хроматографию. Газожидкостную хроматографию проводили на газовом хроматографе «КРИСТАЛЛ 2000М» с электронно-захватным детекто-

ром. Исследование проводилось при следующих условиях: колонка капиллярная CP 8761 30 м X 0,32 мм (с неподвижной фазой CP-Sil 8 CB); температура термостата колонки 250°, испарителя 270° и детектора - 280°; давление газа-носителя – азота на входе 200 кПа, поток 3,72 мл/мин, деление потока 1:10. Обработка результатов проводилась с помощью компьютерной программы «Хроматек Аналитик». Время удерживания выделенного ортофена колебалась в пределах 4,191-4,234 минуты и было близко со временем удерживания чистого ортофена.

ВЭЖХ проводили на жидкостном хроматографе «Милихром А-02» по унифицированной методике идентификации УФ-поглощающих веществ с применением баз данных «ВЭЖХ-УФ», предложенной Г.И. Барам с соавторами [1]. Время удерживания выделенного диклофенака (25,72-25,96 минуты) и его спектральные отношения были близки к этим характеристикам стандартного образца препарата.

Спектр поглощения выделенного диклофенака, растворенного в спирте, снимали на спектрофотометре «СФ-2000-01» с компьютерной программой в диапазоне длин волн 220-350 нм. Спектр поглощения выделенного диклофенака имел максимум при 277 нм и был практически идентичен спектру поглощения спиртового раствора стандартного диклофенака.

Тонкослойную хроматографию проводили на пластинках сорбфил вначале в системе: толуол-ацетон-этанол-25% раствор гидроксида аммония (45:45:7:3), а затем в том же направлении в системе: этилацетат-метанол-25% раствор гидроксида аммония (17:2:1). Диклофенaк детектировали методом наложения насыщенного раствора калия бихромата и концентрированной серной кислоты (1:10). В зоне локализации диклофенака отмечается пятно коричнево-красного цвета с Rf 0,24-0,28.

Таким образом, для изолирования диклофенака из трупного материала можно использовать разработанную нами общую схему пробоподготовки малолетучих токсикантов органической природы. Диклофенaк доказывают в эфирном экстракте газожидкостной хроматографией, ВЭЖХ, спектрофотометрией в УФ области спектра и тонкослойной хроматографией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барам Г.И. Хроматограф «Милихром А-02». Определение веществ с применением баз данных «ВЭЖХ-УФ»// Сб. «Милихром А-02» Фармакопейный анализ. Новосибирск, 2005.

2. Зимнухов В.В. Общая схема пробоподготовки трупного материала при определении малолетучих органических токсикантов// Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики. Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков, посвященного 30-летию Всероссийского общества судебных медиков. - Москва-Тюмень. Издательский центр «Академия», 2005. - С. 107-108.

3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Москва: ООО «Новая Волна», 2001. – Т. 1. - С. 170.

В.В. Зимнухов, В.Ф. Пилипас
**СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ИБУПРОФЕНА
В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕТАХ**

*ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Департамента здравоохранения
Краснодарского края (нач. – к. м. н. Н.П. Варшавец), г. Краснодар*

Нам встретился случай обнаружения ибупрофена в трупном материале. Этот препарат практически не изучен в судебно-химическом отношении. Поэтому использованные способы доказательства его, на наш взгляд, представляют интерес для практических экспертов.

Ибупрофен – d, 1-2-(4—Изобутилфенил)-пропионовая кислота - один из современных нестероидных противовоспалительных препаратов. Обладает противовоспалительной, анальгетической и умеренно жаропонижающей активностью. Применяют для лечения ревматоидного артрита, деформирующего остеоартроза, анкилозирующего спондилита и при различных формах суставных и внесуставных ревматоидных заболеваний, а также болевого синдрома при некоторых воспалительных поражениях периферической нервной системы [3].

На судебно-химическое исследование поступили внутренние органы трупа С. для определения лекарственных веществ. В направлении судебно-медицинского эксперта, проводившего судебно-медицинское исследование трупа, было указано лишь, что подозревается отравление неизвестными лекарственными веществами.

Пробоподготовка объектов исследования проводилась по несколько измененной общепринятой методике изолирования морфина [2] и по предложенной в нашей лаборатории общей схеме пробоподготовки трупного материала при определении малолетучих органических токсикантов [3].

В первом случае навески печени и почки подвергали гидролизу с хлористоводородной кислотой в течение 45 минут в герметически закрытых сосудах при температуре 120°. Гидролизаты экстрагировали эфиром, а затем, после подщелачивания натрия карбонатом до pH 9, экстракцию проводили смесью хлороформа с н-бутанолом (9:1).

Во втором случае навески трупного материала (по 25 г) экстрагировали нейтральным 95° этиловым спиртом в присутствии безводного натрия сульфата. Экстракты подкисляли концентрированной хлористоводородной кислотой до pH 3-4 и выпаривали в выпарительной чашке на водяной бане при температуре 40°. Остатки обрабатывали 0,1 н раствором хлористоводородной кислоты (по 7 мл). Для очистки от балластных веществ, проводили экстракцию гексаном. Затем водную фазу экстрагировали эфиром из кислой среды, и хлороформом после подщелачивания 25% раствором гидроксида аммония до pH 10.

Экстракты, полученные первым и вторым способами пробоподготовки, выпаривали в выпарительных чашках досуха. Остатки растворяли в небольших объемах спирта (около 300 мкл) и спиртовые растворы исследовали на газовом хроматографе «КРИСТАЛЛ 5000.1» с масс-селективным детектором. Исследование проводили при следующих условиях: колонка кварцевая капиллярная 30 м 0,35 мм с неподвижной фазой «TR-5MS». Начальная температура колонки 40°, время выдержки при начальной температуре 1 минута, подъем температуры в интервале 40-260° со скоростью 30° в минуту. Скорость потока газа-носителя гелия 1,0 мл/мин. Температура инжектора 280°, масс-

селективного детектора – 250°. Диапазон масс 50-500 а.е.м. На хроматограмме эфирного экстракта был идентифицирован ибупрофен с масс-спектрами 77,91,117,161,206.

Для доказательства ибупрофена использованы также тонкослойная хроматография и высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ).

Были выбраны условия хроматографирования ибупрофена на хроматографических пластинках сорбфил и его обнаружение. Хроматограммы развивались в системе: толуол-ацетон-этанол-25% раствор аммиака (45:45:7:3), а затем дважды в том же направлении в системе: этилацетат-метанол-25% раствор аммиака (17:2:1). Для детектирования ибупрофена пластинки опрыскивали последовательно 0,02% раствором дифенилкарбазона в хлороформе и 1 н раствором азотной кислоты. В зоне локализации ибупрофена наблюдались пятна розово-фиолетового цвета с R_f 0,30-0,35.

ВЭЖХ проводили на жидкостном хроматографе «Милихром А-02» по унифицированной методике идентификации УФ-поглощающих веществ с применением баз данных «ВЭЖХ-УФ» [1]. Время удерживания выделенного ибупрофена (26,0-26,2 минуты) и его спектральные отношения были близки к этим характеристикам стандартного образца препарата.

Приведенный нами случай показывает, что ибупрофен из внутренних органов может быть изолирован путем прямого кислотного гидролиза трупного материала с последующей экстракцией эфиром из солянокислого гидролизата. Он может быть также изолирован по общей схеме малолетучих токсикантов органической природы и обнаружен в эфирном экстракте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барам Г.И. Хроматограф «Милихром А-02». Определение веществ с применением баз данных «ВЭЖХ-УФ»// Сб. «Милихром А-02» Фармакопейный анализ. - Новосибирск, 2005.
2. Бабаханян Р.В., Бушуев Е.С., Варданян Ш.А., Афанасьева В.В. Наркотические средства, психотропные и сильнодействующие вещества. - Санкт-Петербург, 2008. - С. 121.
3. Зимнухов В.В. Общая схема пробоподготовки трупного материала при определении малолетучих органических токсикантов// Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики. Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков, посвященного 30-летию Всероссийского общества судебных медиков. - Москва-Тюмень. Издательский центр «Академия», 2005. -С. 107-108.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Москва: ООО «Новая Волна», 2001. Т. 1. - С. 169.

С.А. Иваненко, А.П. Божченко, Е.Б. Толмачева
**ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В УСТАНОВЛЕНИИ
 ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА К СУИЦИДАЛЬНЫМ РЕАКЦИЯМ**

*Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
 ФГУ ВПО ВМА имени С.М.Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург*

Ежегодно в Российской Федерации регистрируется около 30-40 самоубийств на 100 тыс. населения – это один из наиболее высоких показателей в мире. Раннее

выявление лиц склонных к аутоагрессии – важнейшая медико-социальная задача, определившая цель нашего исследования: поиск морфогенетических маркеров предрасположенности к суицидальным действиям. К числу локальных конституций относится дерматоглифический фенотип, корреляционно взаимосвязанный с особенностями организации нервной системы.

Исследованы дерматоглифические карты 50 трупов самоубийц (мужчин 18-35 лет), содержащие общие сведения о личности и отпечатки пальцев, ладоней и подошв; статистические сведения о суицидах среди различных групп населения (по данным литературы). Отпечатки получены традиционным способом. Разметка признаков осуществлялась по методике Cummins H., Midlo Ch. (1943).

В результате проведенного исследования установлено четыре группы морфогенетических маркеров предрасположенности к суицидальным действиям. Первая группа – собственно маркеры предрасположенности к аутоагрессии: прерывистые главные ладонные линии А и В, дуговой узор на III пальце левой ноги, завитковые узоры на II пальцах обеих ног (повышение риск суицида – РС - в 6 раз). Вторая группа - маркеры снижения адаптационных возможностей индивида: суммарный гребневой счет на пальцах рук (ног) ниже 10-20 единиц, большое количество (5-6 и более) дуговых узоров и радиальных петель, дуговые узоры и радиальные петли на I, IV и V пальцах (повышение РС в 4 раза). Третья группа - признаки дисбаланса «ведущей руки»: преобладание значений гребневого счета на правой (левой) руке или ноге при меньшей плотности папиллярных линий на противоположной конечности (повышение РС в 3 раза). Четвертая группа - общие признаки личности: астенический тип телосложения (повышение РС в 2 раза); а также (по литературным данным) финно-угорская группа населения (повышение РС в 3 раза) и мужской пол (повышение РС в 3 раза).

При наиболее неблагоприятном сочетании у индивида морфогенетических маркеров (общих - принадлежность к финно-угорской группе населения, мужской пол, астенический тип телосложения; локальных - наличие дерматоглифических маркеров снижения адаптационных возможностей, предрасположенности к аутоагрессии и дисбаланса «ведущей руки») РС повышается почти в 1000 раз. При менее неблагоприятном сочетании маркеров (общих – мужской пол; локальных - наличие дерматоглифических признаков снижения адаптационных возможностей, дисбаланса «ведущей руки») РС повышается в 30 раз.

В системе мероприятий по предупреждению суицидов предлагаемый подход позволяет формировать группы риска, в отношении которых должна осуществляться целенаправленная профилактическая работа. Полученные результаты целесообразно применять в экспертной практике – при производстве экспертиз относительно лиц, погибших в условиях неочевидности.

Кроме того, полученные результаты могут найти применение в системе профессионального отбора (при прогнозировании предрасположенности к развитию аддиктивных форм поведения у призывников, военнослужащих, проходящих службу по контракту, и иных лиц), а также в клинической практике (при оценке прогноза лечения различных видов зависимости).

А.В. Ильина, Е.И. Быстрова, Е.Н. Травенко
К ВОПРОСУ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ
Кафедра судебной медицины (зав. – проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

Внезапная смерть является одной из актуальных проблем в социальном, экономическом и медицинском аспектах. Как следствие ишемической болезни сердца она среди взрослого населения относится к наиболее значимым причинам смерти в промышленных странах [6, 9, 10]. Частота ее случаев достаточно высока и составляет 30-40% гибели больных в первые десятки минут от начала приступа [4].

Согласно материалам ВОЗ, смертность от ИБС в РФ в несколько раз превышает средний ежегодный показатель среди 23 стран мира, составляет основную долю в темпе роста смертности населения (более чем в 1,5 раза за последние 15 лет) и занимает ведущее место среди причин ненасильственной смерти [1, 2, 3].

Если раньше она ассоциировалась со старшим поколением (возраст более 60 лет), то теперь среди больных все чаще преобладают молодые люди от 35 лет [7, 8].

Нами поставлена задача, провести анализ морфометрических показателей и морфологических изменений в миокарде при ИБС в целях оценки морфофункционального состояния сердца для последующего комплексного подхода к дифференциальной диагностике данной патологии и других причин смерти с кардиальным механизмом.

Проанализированы акты судебно-медицинского исследования трупов и заключения экспертов, выполненные на кафедре судебной медицины Кубанского государственного медицинского университета (58 случаев) при смерти от ИБС, осложнившейся острым нарушением кровообращения. Изучен комплекс морфометрических показателей, макро- и микро-патоморфологических изменений в сердце.

По половому признаку большинство погибших были представителями мужского пола - 83%; женщины составили 17%. Смертность регистрировалась в возрастных группах от 40 до 60 лет (17,2% и 31% соответственно), 26 человек (45%) были старше 60 лет. В 4 случаях (6,8%) скончались мужчины молодого возраста (от 30 до 40 лет).

В 58,5% (34) случаев смерть наступала дома; в 8,7% (5 случаев) - на улице. Реже местом наступления смерти являлись вагоны трамвая, поезда 3,5% (2). Дача, автомобильный рынок, подвал дома, теплотрасса встретились по одному случаю (по 1,7%), берег реки – 3 случая (5,2%); в специальных учреждениях – 4 случая (8,7%). В лечебные учреждения были доставлены 4 пациента (6,9%).

Отмечена зависимость скорострительной смерти от теплого и холодного времени года: наибольший процент смерти от ИБС приходился на январь месяц – 27,6% (16) случаев, наименьший - на летний период времени, июль месяц – 1,7% (1).

Обращало на себя внимание, что умершие лица мужского пола – 19 человек (32,5%) на момент смерти имели различную степень алкогольной интоксикации (табл.1); 39 мужчин и женщин (67,5%) были трезвыми.

Таблица 1.

Степень алкогольной интоксикации
(в абсолютных цифрах и процентах) при ишемической болезни сердца

Степень алкогольной интоксикации	ИБС абс. (%)
Отсутствие алкоголя	39 (67,5%)
Незначительное влияние	7 (12%)
Легкое опьянение	4 (6,8%)
Средняя степень	7 (12%)
Сильное опьянение	1 (1,7%)

При анализе морфометрических основных параметров сердца (масса и размеры) в случаях внезапной смерти от ИБС получены следующие результаты: средняя масса сердца составила $384 \pm 12,87$ г. Длина, ширина и толщина сердца: $11,71 \pm 0,24$ см, ширина $10,89 \pm 0,26$ см, толщина - $4,81 \pm 0,71$ см, соответственно. Толщина стенок левого и правого желудочков составила: $1,49 \pm 0,05$ см и $0,40 \pm 0,02$ см соответственно.

Макроскопическая картина (табл. 2) характеризовалась умеренно выраженным разрастанием эпикардальной жировой клетчатки в 75%, не наблюдалось таких призна-

Таблица 2.

Характеристика макроскопических изменений
в миокарде при ИБС (в процентах и абсолютных цифрах)

№ п.п.	Макроскопические патоморфологические признаки	Частота встречаемости при ИБС %, (абс.)
1.	Разрастание эпикардальной жировой клетчатки	слабо выраженное 75% (43)
		умеренное 25% (15)
2.	Расширение полостей сердца	0
3.	Дряблость сердечной мышцы	0
4.	«Глинистый» вид сердечной мышцы	0
5.	Неравномерная окраска сердца	91% (53)
6.	Однородная окраска сердечной мышцы	9% (5)
7.	Атеросклероз суживающий венечные артерии 1/3	19% (11)
8.	Атеросклероз суживающий венечные артерии на 2/3	60% (35)
9.	Атеросклероз венечных сосудов	слабо выражен 21% (12)
		отсутствует 0
10.	Разрастание соединительной ткани	очаговое 40% (23)
		диффузное 36% (21)
		диф. и очаговое 24% (14)

ков как дряблость сердечной мышцы, расширения полостей сердца, «глинистый» вид сердечной мышцы. Неравномерная окраска сердечной мышцы составила 91% случаев. Склероз сосудов сердца и сужение их просвета на 2/3 выявлено в 60% случаев, в 21% - он был слабо выражен, а в 19% случаев просвет сосуда сужен на 1/3; отсутствие склероза в сосудах не встретилось ни в одном из наблюдений. В большей степени – 40% отмечено очаговое разрастание соединительной ткани, хотя и встречалось и диффузное и очаговое разрастание соединительной ткани (36% и 24% соответственно).

Таблица 3.

Характеристика патоморфологических изменений
в миокарде при ИБС

№ п.п.	Морфологические признаки	Частота встречаемости при ИБС (%)	
1.	Фрагментация, волнообразная деформация кардиомиоцитов	44	
2.	Гипертрофия кардиомиоцитов	40	
3.	Атрофия кардиомиоцитов	11,8	
4.	Кардиомиоциты	тонкие	20
		извитые	23
5.	Кардиомиоциты различной толщины	0	
6.	Поперечная исчерченность КМЦ	сохранена	0
		отсутствует	8,4
7.	Разрастание соединительной ткани	слабое	0
		выраженное	61
8.	Строма КМЦ	Отек	15
		разрыхление	23
9.	Саркоплазма КМЦ	мутная	49
		зернистая	37
10.	Окраска ядер КМЦ	нормохромная	13,5
		неравномерная	28
11.	Разрастание жировой клетчатки (стромальный липоматоз)	3	

Изучая характер и частоту встречаемости патоморфологических признаков (табл. 3.) в случаях смерти от ишемической болезни сердца установлено следующее их распределение: на первом месте отмечено нарушение структуры кардиомиоцитов в виде фрагментации и волнообразной деформации - 44% случаев. Изменения КМЦ в виде гипертрофии встретились лишь в 40% случаев, тонкие и извитые кардиомиоциты - в 20% и в 23% случаев соответственно, атрофия кардиомиоцитов - в 11,8% случаев. Поперечная исчерченность мышечных волокон была сохранена. Отек стромы и разрыхление миокарда наблюдались в 15% и 23% случаев, мутная и зернистая саркоплазма кардиомиоцитов - в 49% и 37% случаев. Диффузное разрастание соединительной ткани было вы-

раженным и составило свыше половины случаев (61%). Такой признак как стромальный липоматоз встретился в 3% случаев.

Кроме изменений со стороны сердца в случаях внезапной смерти от ИБС с фоновой алкоголемией установлены макро- и микро признаки поражения печени, поджелудочной железы, желудка и других внутренних органов, обусловленные хронической алкогольной интоксикацией. Жировой гепатоз наблюдался у 16 человек, что составило 27,5% случаев. Хронический персистирующий гепатит и цирроз печени составили по два случая (3,4 %). Склероз поджелудочной железы встретился в 5,1% случае (3). Также у умерших лиц выявлены признаки поражения желудка в виде катарального гастрита и склероза мягкой мозговой оболочки по одному случаю, что составило 1,7%.

С учетом изложенного можно сделать выводы, что ишемическая болезнь сердца преимущественно выявляется в возрастных группах от 40 до 60 лет (17,2% и 31% соответственно) и у лиц старше 60 лет (45%). Зафиксированы случаи ишемической болезни сердца в молодом возрасте (от 30 до 40 лет) в 6,8% случаев. На момент смерти большая часть погибших (67,5 %) находится в трезвом состоянии, меньшая часть и мужчины (32,5%) в состоянии разной степени алкогольной интоксикации, при этом этиловый алкоголь надо рассматривать как фактор риска развития осложнений, способствующих более быстрому наступлению смерти. У этих лиц регистрируется сопутствующая хроническая алкогольная интоксикация. Смерть наступает чаще всего дома (58,5%), в лечебные учреждения больные доставляется лишь незначительная часть (6,9% случаев). Отмечается зависимость скоропостижной смерти от теплого и холодного времени года: наибольший процент смерти приходится на январь месяц – 27,6% случаев, наименьший - на летний период времени, июль месяц – 1,7% . В генезе ишемической болезни сердца при скоропостижной смерти на первом месте - атеросклеротическое поражение венечных артерий сердца с последующими рубцовыми и дегенеративными изменениями миокарда, проявляющимися комплексом морфометрических и патоморфологических изменений сердца. Изучении его в случаях смерти от ИБС, в том числе и на фоне алкогольной интоксикации дает возможность оценить морфофункциональное состояние сердца, что позволяет объективизировать судебно-медицинскую диагностику ишемической болезни сердца и проводит дифференциальную диагностику данной патологии с другими причинами смерти с кардиальным механизмом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов Д.В., Табаров Ю.Г., М.Я. Баранова, Г.Г. Семенов, Д.В. Семочин. Новые критерии для диагностики скоропостижной сердечной смерти в судебной медицине / Д.В. Богомолов и др. // Судеб.- мед. экспертиза. – 2007. - №4. – С. 16-19.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году. "Здравоохранение Российской Федерации", - 2002. - №1: С. 3-9. №2, - С. 9- 11.
3. Здоровье населения Российской Федерации и деятельность учреждений здравоохранения в 2000 году. "Здравоохранение Российской Федерации", 2002; №1: - С. 41, - №2: - С 4.
4. Иванов И.Н. Микроскопические изменения миокарда при острых формах ишемической болезни сердца / И.Н. Иванов, А.Г. Резник // Судеб.- мед. экспертиза. – 2006. - №1. – С. 3-6.

5. Итоги деятельности государственных судебно-медицинских экспертных учреждений Российской Федерации за 2007 год : датированный ежегодник / В.А. Клевно и др. – М.: РИО ФГУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2008. – 32 с.
6. Капустин, А. В. Микроскопические изменения миокарда и их значение для судебно-медицинской диагностики / А.В. Капустин // Судеб. -мед. экспертиза. – 2006. – №6. – С. 3-6.
7. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. - Москва, 1998.
8. Чазов Е.И. Проблема лечения больных ишемической болезнью сердца / Е.И.Чазов // Кардиология. - 1998. -№ 2. - С. 84-96.
9. Шабалина, Т.Н. Судебно-медицинские и медико-социальные аспекты летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний у населения работоспособного возраста. / Т.Н. Шабалина // Судеб. -мед. экспертиза. – 2008. – №4. – С. 6-8.
10. Rupp H., Wagner D., Rupp T., Schulte L., Maisch B. Risk stratification by the "EPA+DHA Level" and the "EPA/AA Ratio". Focus on anti-inflammatory and antiarrhythmogenic effects of long-chain omega-3 fatty acids. Herz 2004; 29:673-685.

В.Т. Корхмазов

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА СМЕРТИ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ (сообщение 1)

Кафедра судебной медицины (зав.- проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

Неуклонный рост алкоголизма ставит задачу дальнейшего углубления знаний в области его этиопатогенеза, диагностики, профилактики и лечения. Несмотря на многочисленные и разнообразные законодательные, административные и общественные меры, достигнутые в этом направлении результаты значительными назвать нельзя [2,8].

По данным ВОЗ, алкоголизмом в мире страдают около 70 млн. человек; мировая статистика свидетельствует, что смертность от злоупотребления спиртными напитками уступает лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и травмам [1]. В последнее десятилетие в России регистрируется увеличение числа смертельных интоксикаций до 65-70 тыс. случаев в год, 50-60% из которых составляют отравления этиловым алкоголем и его суррогатами [5, 7], что является одним из самых высоких в мире. Не является исключением и Краснодарский край, где ежегодная смертность от интоксикаций этанолом с 2002 по 2009 гг. варьировала от 1098 до 702 человек - 12,1%-10,7% от всей насильственной смерти.

Многочисленные исследования структуры летальных исходов продемонстрировали, что с приемом этилового алкоголя на территории Российской Федерации связано значительное количество случаев насильственной смерти. Число лиц, систематически совершающих на почве злоупотребления алкоголем противоправных действий, по данным органов внутренних дел, колеблется от 10 до 12 млн. человек, что составляет 7-8% взрослого населения [3, 6].

Учитывая выше изложенное, разработка вопросов экспертизы алкогольных интоксикаций и дифференциальной диагностики ее с сердечной патологией обозначена в числе важных задач судебной медицины [1, 3, 4, 5].

Проведенная нами работа основана на комплексном сравнительном анализе морфометрических, судебно-химических, патоморфологических изменений и динамики активности алкогольоксилирующих ферментных систем (АДГ, НАДФ-Д, КТ-ПО) в тканях сердца, печени и почек у лиц, умерших от острого отравления этанолом и ИБС, которые были подвергнуты судебно-медицинской экспертизе и исследованию.

Для решения поставленных целей и задач произведены и проанализированы случаи судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов (116), выполненных на кафедре судебной медицины ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (КГМУ) и в отделе судебно-медицинской экспертизы трупов ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» департамента здравоохранения Краснодарского края (ГУЗ «Бюро СМЭ») за период с 2007 по 2009 гг. Исследованы 4 группы: острое отравление этанолом (ООЭ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), ИБС на фоне алкоголемии и черепно-мозговая травма (контроль).

В 1-й группе наблюдений медиана возраста составляла 50,0 лет (25% процентиль = 45,0; 75% процентиль = 55,0); во 2-й – 53 – 50 - 55,5; в 3-ей – 51 - 43,3 - 57; в 4-й – 50,0 - 43,0 - 54,5). 84,5% всех погибших составляли лица мужского пола.

Для постановки гистохимических реакций готовили криостатные срезы толщиной 10 мкм из блоков тканей внутренних органов.

Гистохимическое исследование на АДГ выполняли методом Hess, Scarpelli, Pears (1958) в модификации Т.П. Перовой (удостоверение на рац. предложение № 512 от 12.04.83 г.). Реакцию на маркерный фермент МЭОС - НАДФ-Д проводили по Hess, Scarpelli, Pears (1958). О ферментативной активности судили по интенсивности формазановой реакции с красителем - тетранитросиним тетразолием. Активность КТ выявлялась с помощью разработанного на кафедре ортодианизидинового метода.

Оценку активности АОФС проводили методом количественной морфометрии продукта гистохимических реакций. Для выполнения количественной морфометрии и первичной статистической обработки полученных данных применяли специально разработанную кафедрой компьютерную программу "Morfolog".

Для обработки результатов выполненных исследований создана база данных и первичной группировки с использованием программного пакета Microsoft Office Excel 2007. Корреляционную зависимость между количественными величинами и бинарными величинами выражали, используя модели бинарных откликов. Связь характеризовали с помощью коэффициента Гамма, определение которого проводили по методике, реализованной в программном пакете «Statistica».

Проведен анализ полученных судебно-химических, морфометрических, патоморфологических (макро- и микро) и гистохимических показателей.

Исходя из данных **судебно-химических исследований**, большинство умерших от ООЭ находились в тяжелой и смертельной интоксикациях – по 48,4%; при смерти от ИБС на фоне АИ больше половины (57,1%) – в легкой, около трети – в средней (28,6%), чуть больше 14% - в сильной; в группе ИБС на долю интоксикаций легкой и средней степеней приходилось по 13,3%; в случаях ишемической болезни сердца алкоголь в крови и моче отсутствовал. Максимальное значение концентрации этанола в крови при ООЭ составляло 6,5 ‰, при ИБС+АИ и ЧМТ он не превышал 3,3 ‰.

Анализ **морфометрических показателей** показал, что длина сердца превышала норму на 8% во всех исследуемых группах, толщина стенки левого желудочка – на 13-14%, правого – на 38%. Длина левой доли печени превосходила норму на 4% только при ООЭ. Значение всех остальных показателей было в пределах нормы.

При исследовании макроскопических признаков ООЭ установлено, что наиболее значимыми для диагностики острого отравления этанолом были следующие: множественные рассеянные точечные кровоизлияния в слизистую желудка (71,67%), превышали показатель при ИБС в 19 раз, ИБС на фоне АИ - в 5 раз, в группе контроля – отсутствовали; обесцвечивание содержимого желудка и 12- перстной кишки (65%), превышало показатель при ИБС+АИ – в 3 раза, при ИБС и ЧМТ – отсутствовало; одутловатость и синюшность лица (55%), при ИБС превышала в 7,5 раз, при ИБС на фоне алкогольной интоксикации – почти в 4 раза, при ЧМТ – в 8,2 раза.

При изучении **микроскопических изменений сердца** установлено, что в плане верификации ООЭ может быть использована неравномерная окраска ядер (76,67%) превышает показатели в остальных группах в 1,7-2,8 раза; ишемической болезни сердца - коронаросклероз (89%) превышает показатели в остальных группах в 1,5-2,8 раза; очаговый кардиосклероз (59,26%) превышал в 1,5-9 раз. При анализе **патоморфологических признаков печени** установлены наиболее информативными для диагностики острого отравления этанолом: крупнокапельное ожирение (58,33%) превышал показатель в остальных группах в 2,5-8 раз; дисконкомплексация балок (48,44%) превышала показатели в остальных группах в 6-8 раз. При исследовании **патоморфологических признаков почек** установлено, что для диагностики ООЭ могут использоваться: полнокровие артериол интерстиция (36,67%) превышает в 2-5 раз значения в других группах; вакуолизация клеток эпителия канальцев (8,3%), которая больше ни в одной группе не встречалась; полнокровие капилляров клубочков, мутность и зернистость цитоплазмы клеток эпителиальных канальцев, полнокровие сосудов коркового и мозгового вещества, превышающие показатели в остальных группах на 10-30%.

Таким образом, приведенные нами наблюдения наглядно демонстрируют целесообразность и высокую значимость комплексного подхода к диагностике смерти от ООЭ и необходимость применения сравнительных исследований активности алкогольоксилирующих ферментных систем с графиками медиан изученных групп, что позволяет с большей степенью достоверности обьективизировать выводы о причине наступления смерти в каждом конкретном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верткин А.Л. Окончательный диагноз / А.Л. Верткин, О.В. Зайратянц, Е.И. Вовк // М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 576 с.
2. Клевно В.А. Клинические, лабораторные и морфологические проявления смертельных и несмертельных отравлений суррогатами алкогольных напитков / В.А. Клевно, Е.В. Кучина // Судеб.-мед. экспертиза. – 2008. - № 5. – С. 36-38.
3. Морозов Ю.Е. Активность этанол- и альдегидоксилирующих ферментов головного мозга при отравлении этиловым спиртом / Ю.Е. Морозов, Т.В. Козлова, В.К. Мамедов // Судеб.-мед. экспертиза. – 2004. - №5 – С. 18-21.

4. Породенко В.А. Влияние хронической алкогольной интоксикации на активность моноаминоксидаз и алкогольоксилирующих ферментов / В.А. Породенко, Е. Н. Травенко, Т. П. Перова // Кубан. науч. мед. вестник. - 1990. - №2. – С. 62-66.

5. Шорманов С.В. Гистоморфометрическая характеристика головного мозга человека при острой алкогольной интоксикации / С.В. Шорманов, Н.С. Шорманова // Судеб.-мед. экспертиза. – 2005. - №.2 – С. 13-16.

6. Breuer J.P. The alcoholic patient in the daily routine / J.P. Breuer, T. Neumann [et al.] // Wien Klin. Wochenschr. – 2003. – Vol. 115 , №17-18. – P. 618-633.

7. Müller R. Ethylene glycol intoxication. Important differential diagnosis in comatose patients with metabolic acidosis / R. Müller, J. Planck [et al.] // Anaesthesia. – 2009. –Vol. 58. - №1. – P. 35-8.

8. Pontes H. Chronic exposure to ethanol exacerbates MDMA-induced hyperthermia and exposes liver to severe MDMA-induced toxicity in CD1 mice/ H. Pontes, J. A. Duarte [et al.] // Toxicology. – 2008. – Vol. 30. - №1-3. - P. 64-71.

В.Т. Корхмазов

СОСТОЯНИЕ ФЕРМЕНТНЫХ СИСТЕМ ПРИ СМЕРТИ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (СООБЩЕНИЕ 2)

Кафедра судебной медицины (зав.- проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

Злоупотребление алкоголем является одной из важнейших проблем, стоящих перед современным обществом, медицинской наукой и современным здравоохранением [5, 7]. Алкоголизм влияет на уровень смертности населения в большинстве стран мира, и дальнейшее распространение его может оказать необратимое воздействие на генофонд человечества [6]. В глобальном масштабе проблема злоупотребления алкоголем тесно сопряжена с ростом числа самоубийств, депрессий, домашнего и уголовного насилия, а также дорожного и бытового травматизма [1]. У злоупотребляющих алкоголем уровни смертности и летальности в среднем в 2-4 раза выше, чем у больных в общей популяции [6]. В России показатель смертности от отравления этиловым спиртом и его суррогатов является одним из самых высоких в мире [3, 8]. Согласно данным В.А. Клевено и соавт. [2], в бюро судебно-медицинской экспертизы субъектов РФ за 2007 г. зарегистрировано 34285 случаев отравлений этанолом, что составляет 48,3% всех смертельных интоксикаций.

Произвели 116 судебно-медицинских экспертиз и исследований в случаях смерти от острого отравления этанолом (ООЭ), ишемической болезни сердца (ИБС), ишемической болезни сердца на фоне АИ (ИБС+АИ) и ЧМТ, секционный материал которых использовали для гистохимических исследований на активность алкогольоксилирующих ферментных систем (АОФС). В группах преобладали лица мужского пола: при ООЭ – 73,3%; при ИБС на фоне АИ – 92,9%; при ЧМТ – 93,3%; при ИБС – 100% соответственно. Средний возраст умерших составлял 51,5 лет; 83,7% находились в трудоспособном возрасте от 40 до 60 лет.

Ферментативная активность алкогольдегидрогеназы *печени* в группах наблюдений (рис. 1), была наибольшей при ИБС на фоне АИ – 0,54 отн. ед.; при ишемической

болезни сердца, остром отравлении этанолом и черепно-мозговой травме - на 9% - 18,5% - 28% меньше.

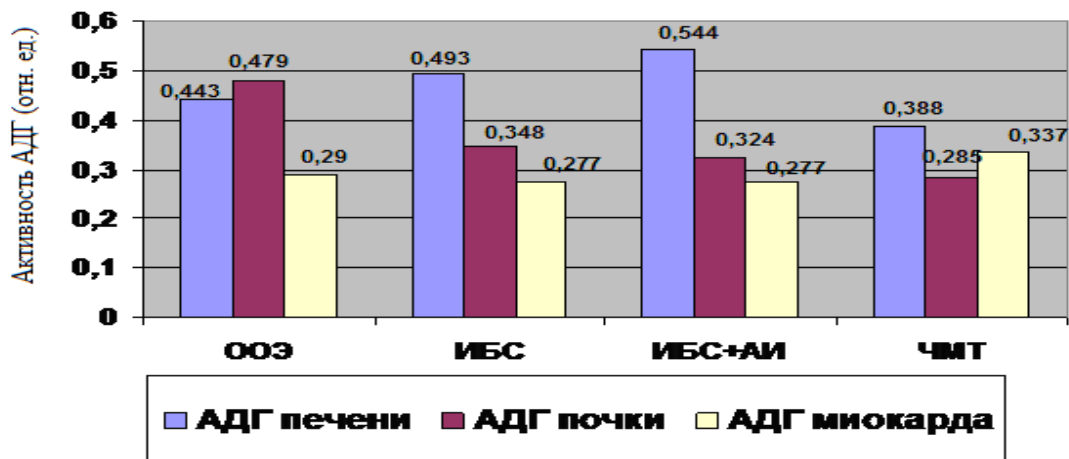


Рис. 1. Общая активность АДГ печени, почек и сердца.

АДГ *почки* имела максимальное значение в 1-й группе - 0,48 отн. ед.; в остальных исследуемых группах показатель был ниже на 27-28%. АДГ *миокарда* в 1-й, 2-й и 3-й группах было практически одинаково – 0,29 отн. ед.; в группе контроля показатель был выше на 18%.

Активность НАДФ-Д печени (рис. 2) при остром отравлении этанолом была наибольшей – 0,71 отн. ед., во второй, третьей и четвертой группах был меньше на 23% - 20% - 26%. НАДФ-Д *почек* была максимальной в группе контроля – 0,812 отн. ед., далее по убывающей острое отравление этанолом – 0,729, ИБС и ишемическая болезнь сердца на фоне АИ – по 0,550 отн. ед.. НАДФ-Д *миокарда* была наибольшей при ООЭ - 0,552 отн. ед., в остальных группах значение показателя уступало на 6-10%.

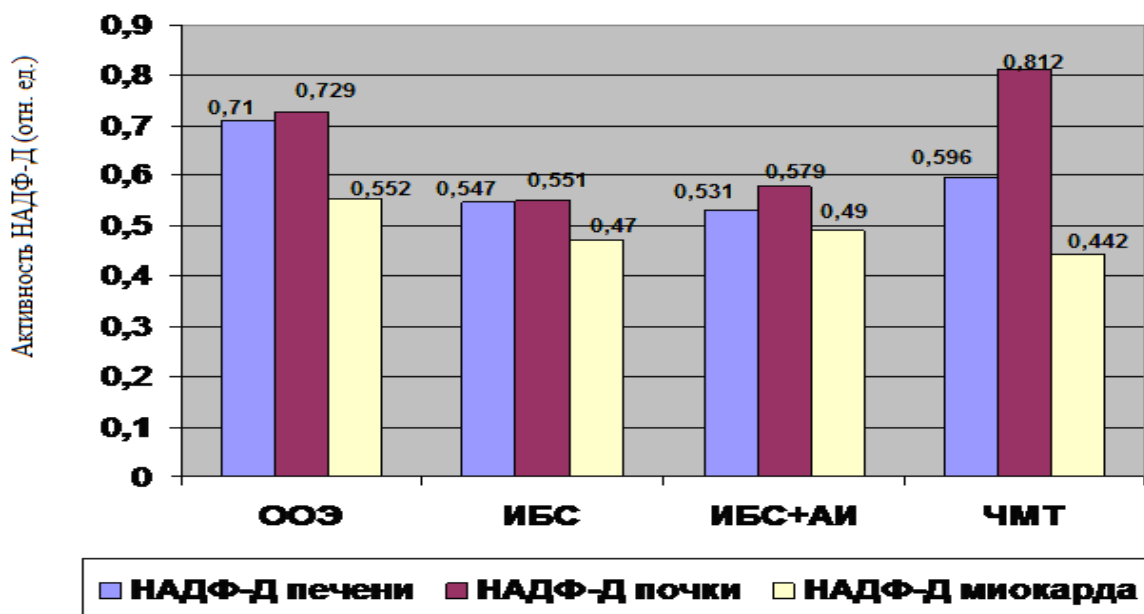


Рис. 2. Общая активность НАДФ-Д печени, почек и сердца.

Активность КТ-ПО печени (рис. 3) была наибольшей при остром отравлении этанолом - 2,497 отн. ед., показатели в остальных исследуемых группах были меньше на 10% при ИБС, 9% при ишемической болезни сердца на фоне АИ, 17% при ЧМТ. КТ-ПО почек была максимальной при ООЭ – 2807 отн. ед., в остальных группах показатели были ниже на 24,5% во второй и третьей группах, 34% в группе контроля. КТ-ПО миокарда была наибольшей при черепно-мозговой травме – 2,277 отн. ед., при остром отравлении этанолом показатель был меньше на 5%, при ИБС и ишемической болезни сердца на фоне АИ – на 28%.

Анализ показателей активности АОФС показывает, что наиболее информативным в плане диагностики ферментом может быть система КТ-ПО, т. к. разница между значениями в исследуемых группах варьирует от 0,1-0,6 отн. ед., что на порядок выше остальных ферментов.

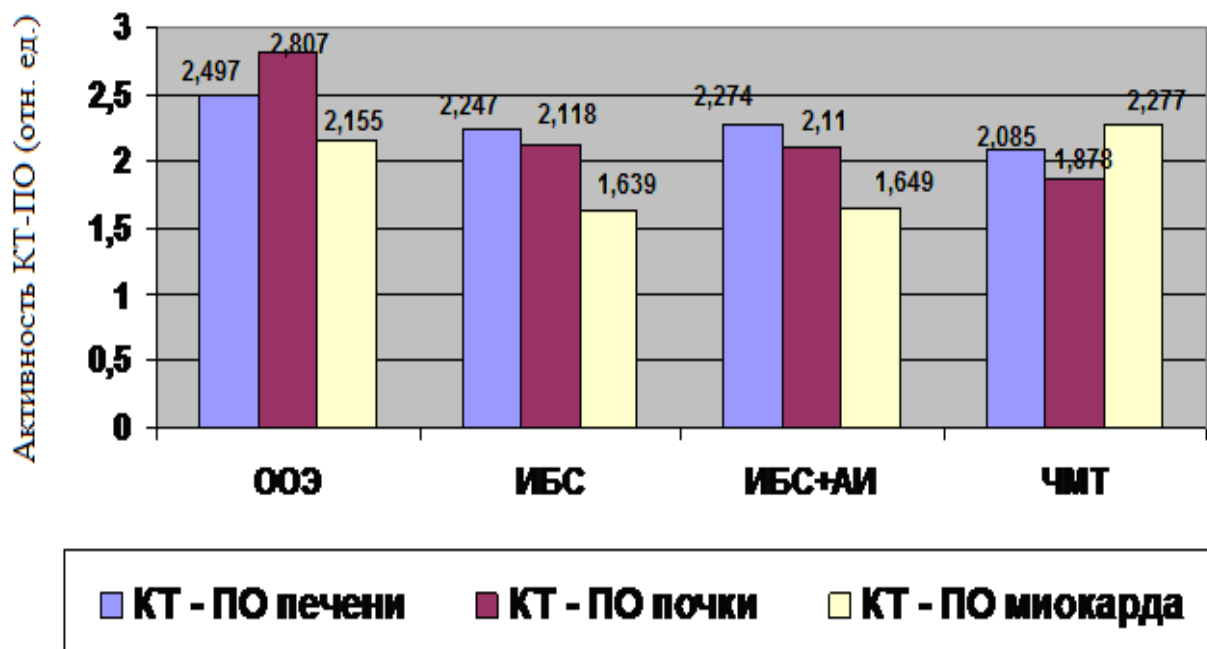


Рис. 3. Общая активность КТ-ПО печени, почек и сердца.

Таким образом, приведенные нами наблюдения наглядно демонстрируют целесообразность и высокую значимость применения сравнительных исследований активности алкогольоксилирующих ферментных систем с графиками медиан исследуемых групп, что позволяет с большей степенью достоверности объективизировать выводы о причине наступления смерти в каждом конкретном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верткин А.Л. Окончательный диагноз / А.Л. Верткин, О.В. Зайратянц, Е.И. Вовк // М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 576 с.

2. Клевно В.А. Клинические, лабораторные и морфологические проявления смертельных и несмертельных отравлений суррогатами алкогольных напитков / В.А. Клевно, Е.В. Кучина // Судеб.-мед. экспертиза. – 2008. - № 5. – С. 36-38.
3. Морозов Ю.Е. Активность этанол- и альдегидокисляющих ферментов головного мозга при отравлении этиловым спиртом / Ю.Е. Морозов, Т.В. Козлова, В.К. Мамедов // Судеб.-мед. экспертиза. – 2004. - №5 – С. 18-21.
4. Породенко В.А. Влияние хронической алкогольной интоксикации на активность моноаминоксидаз и алкогольокисляющих ферментов / В.А. Породенко, Е. Н. Травенко, Т. П. Перова // Кубан. науч. мед. вестник. - 1990. - №2. – С. 62-66.
5. Шорманов С.В. Гистоморфометрическая характеристика головного мозга человека при острой алкогольной интоксикации / С.В. Шорманов, Н.С. Шорманова // Судеб.-мед. экспертиза. – 2005. - №.2 – С. 13-16.
6. Breuer J.P. The alcoholic patient in the daily routine / J.P. Breuer, T. Neumann [et al.] // Wien Klin. Wochenschr. – 2003. – Vol. 115 , №17-18. – P. 618-633.
7. Müller R. Ethylene glycol intoxication. Important differential diagnosis in comatose patients with metabolic acidosis / R. Müller, J. Planck [et al.] // Anaesthesia. – 2009. –Vol. 58. - №1. – P. 35-8.
8. Pontes H. Chronic exposure to ethanol exacerbates MDMA-induced hyperthermia and exposes liver to severe MDMA-induced toxicity in CD1 mice/ H. Pontes, J. A. Duarte [et al.] // Toxicology. – 2008. – Vol. 30. - №1-3. - P. 64-71.

В.Т. Корхмазов, В.А. Породенко
**БИНАРНЫЕ МОДЕЛИ АКТИВНОСТИ АЛКОГОЛЬОКИСЛЯЮЩИХ
 ФЕРМЕНТНЫХ СИСТЕМ С ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ
 ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ
 (СООБЩЕНИЕ 3)**

Кафедра судебной медицины (зав.- проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

В проведенных 116 судебно-медицинских экспертиз и исследований нами рассмотрены бинарные модели между количественной (алкоголь в крови и моче; количество АОФС) и бинарной переменными из группы патоморфологических макро- и микропризнаков миокарда, печени и почек при остром отравлении этанолом (60 случаев). Для этих моделей зависимая переменная (отклик) бинарна по своей природе, т. е. может принимать только два значения: «есть» или «нет». Наибольшее распространение получили логит- и пробит-модели, которые реализованы в программе «STATISTICA» [1, 2].

Предварительно выявляли адекватные этой модели и определяли коэффициент корреляции гамма между фактором и откликом. Было выявлено 11 видов связи.

Для содержания алкоголя в крови была отмечена адекватность бинарной модели между дряблостью сердечной мышцы ($\gamma = 0,38$, $p = 0,005$) и диффузным разрастанием соединительной ткани ($\gamma = 0,37$, $p = 0,042$). При ООЭ на фоне высокого содержания алкоголя в крови имеет место дряблость сердечной мышцы и диффузное разрастание соединительной ткани. Выявлена адекватная связь между содержанием алкоголя в крови и обесцвечиванием содержимого желудка и 12-перстной кишки ($\gamma = 0,99$, $p = 0,008$),

одутловатостью и синюшностью лица ($\gamma = 0,93$, $p = 0,005$), диффузным разрастанием соединительной ткани $-\gamma = 0,49$, $p = 0,05$.

Содержание алкоголя в моче соответствовало выше указанной модели только для двух параметров: жидкая темная кровь в полостях сердца и крупных сосудах ($\gamma = 0,42$, $p = 0,034$), дряблость сердечной мышцы ($\gamma = -0,44$, $p = 0,025$). Более высокому содержанию алкоголя в моче при ООЭ чаще соответствовало наличие жидкой темной крови в полостях сердца и крупных сосудах, реже - дряблость сердечной мышцы.

Обнаружена связь активности фермента КТ-ПО сердца с кровоизлиянием в поджелудочной железе ($\gamma = 0,84$, $p = 0,012$) и периваскулярными кровоизлияниями в головном мозге ($\gamma = -0,71$, $p = 0,005$), т. е. более высокой активности КТ-ПО сердца соответствовала высокая частота встречаемости кровоизлияния в поджелудочной железе и низкая - периваскулярного кровоизлияния в головном мозге.

Активность фермента АДГ почки была достоверно связана с кровоизлиянием в поджелудочной железе ($\gamma = 0,76$, $p = 0,023$). При более высокой активности фермента АДГ чаще регистрировали кровоизлияние в поджелудочной железе.

Рассматривали бинарные нелинейные модели:

- активность НАДФ-Д печени и дискомплексация балок;
- активность АДГ почки и дискомплексация балок;
- активность НАДФ-Д сердца и расширение, полнокровие вен;
- активность НАДФ-Д сердца и крупнокапельное ожирение;
- активность КТ-ПО печени и мутность, зернистость цитоплазмы.

Проверка бинарной модели связи активности НАДФ печени и дискомплексации балок показала достаточную адекватность ($p=0,04$, нормальный вероятностный график остатков модели связи «активность НАДФ печени» и «дискомплексация балок» (рис. 1).

Дальнейший анализ корреляции между активностью НАДФ-Д печени и дискомплексацией балок при ООЭ выявил, что коэффициент корреляции Гамма между указанными параметрами был значительным: $\gamma = -0,71$, а вероятность ошибки составляла 0,049.

Таким образом, можно сделать вывод, что в группе ООЭ дискомплексация балок сочеталась с резко пониженной активностью НАДФ-Д печени.

Проводя анализ модели можно сделать вывод, что чем кучнее показатели ложатся на модели и более приближены к срединной постоянной линии, тем с большей достоверностью работает модель. Таким образом, если между двумя параметрами строится модель и она адекватна, то существует достаточно тесная взаимосвязь между ними. При положительном значении γ можно судить, что большему значению количественного признака (активность АОФС) будет соответствовать большая вероятность наличия качественного (патоморфологического) признака. При отрицательном значении обратная закономерность.

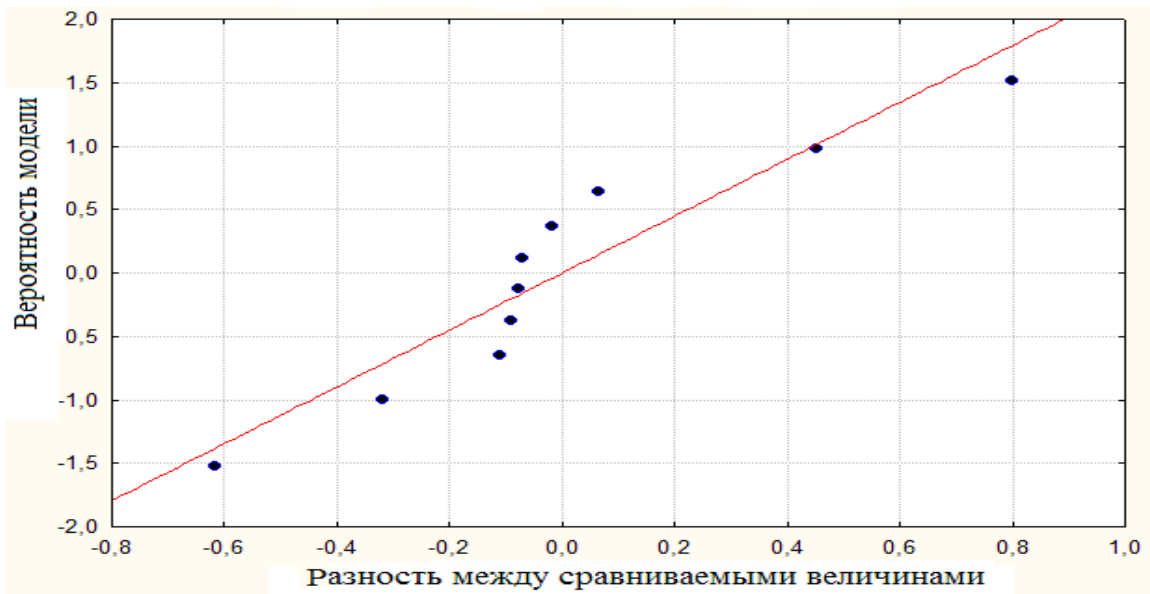


Рис. 1. Нормальный вероятностный график модели связи «активности НАДФ печени» и бинарного отклика «дискомплексация балок» в группе ООЭ.

Подводя итог вышеизложенного, приходим к заключению, что с целью прогнозирования смерти от отравления этанолом целесообразным является рассмотрение корреляционных связей между количественными параметрами и построены бинарные модели между количественной и качественной переменными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Халафян А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных. А.А. Халафян 3-е изд. Учебник – М.: ООО «Бином-Пресс», 2007г. – 512 с.
2. Lieber C.S. The microsomal ethanol oxidizing system: its role in ethanol and xenobiotics metabolism / C.S. Lieber // Biochem. Soc. Trans. - 1988. – Vol. 16. - P. 232-239.

С.А. Моисеенко, А.П. Божченко, И.А. Толмачев
**ПАЛЬМОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЛИНЫ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА
 ПРИ ИДЕНТИФИКАЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ**

*Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
 ФГУ ВПО ВМА имени С.М.Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург*

При проведении идентификации личности по неопознанным человеческим останкам на диагностическом этапе судебно-медицинский эксперт решает ряд задач, связанных с установлением общих признаков личности (в т. ч. длины тела), что позволяет в последующем проводить групповую дифференцировку объектов и их первичную сортировку. Идентификационная значимость длины тела, хотя и общего, но весьма переменного признака личности, зачастую сопоставима, а порой и превосходит таковую отдельных частных признаков.

При выраженной фрагментации тел с утратой большинства анатомических ориентиров, используемых в качестве констант при остеологических исследованиях, методы определения длины тела по мягким тканям кистей (в частности ладоней),

которые нередко в результате воздействия повреждающих факторов оказываются сохранными, на сегодняшний день практически не разработаны. Данные антропогенетической (Гладкова Т.Д., 1966; И.С. Гусева И.С., 1986), криминалистической (Хазиев Ш.Н., 1986; Ивашков В.А., 1999), а также судебно-медицинской (Божченко А.П., 2009) литературы обосновывают такую возможность.

Исходя из вышеизложенного, нами определена цель исследования – изучить изменчивость пальмоскопических (лат. *palmos* – ладонь) признаков в зависимости от длины тела человека с учетом половой принадлежности и на основе выявленных закономерностей разработать соответствующую диагностическую методику.

Материалами исследования послужили отпечатки ладоней 300 живых лиц и 50 трупов (преимущественно русских, в возрасте от 18 до 75 лет, из них мужчин – 190, женщин – 160).

Для установления локализации признаков была использована классическая схема ладонной топографии в модификации Каминса и Мидло (1943) с оригинальной ее модификацией.

На настоящем этапе исследования из всего многообразия признаков ладонной дерматоглифики мы проанализировали изменчивость следующих: врожденные не изменяющиеся качественные и количественные признаки; размерные и угловые параметры, а также относительные параметры. Выборка была условно разбита на две группы: высокорослые – более 176 см и низкорослые - 176 и ниже.

Анализ врожденных не изменяющихся признаков ладонной дерматоглифики в целом демонстрирует усложнение узоров, увеличение их количества, более вертикальное положение и увеличение гребневого счета в группе высокорослых. В области тенара и гипотенара какие-либо узоры (дуги, петли, завитки и др.) чаще наблюдались у высокорослых (в области тенара: 31,5% - 10,2%; в области гипотенара: 41,7% - 32,7%). Аналогичная картина наблюдалась и при анализе подпальцевой узорности. Высокие значения гребневого счета, например, между трирадиусами с и d более 40 единиц, а между трирадиусами t и d более 100 единиц характерны для высокорослых; соответственно, менее 35 и 80 – для низкорослых. При этом коэффициенты корреляции гребневого счета с длиной тела имеют среднюю (0,35-0,47) и слабую (0,15-0,26) силу.

Изменяющиеся линейные дерматоглифические признаки ладоней имеют сильную и средней силы связь с длиной тела. Максимальную же корреляцию имеют самые большие линейные параметры ладони - расстояния между проксимальной карпальной складкой и трирадиусами b и d (коэффициент корреляции, соответственно, 0,88 и 0,75).

Угловые характеристики между осевым и подпальцевыми трирадиусами слабо коррелируют с длиной тела и к тому же в значительной степени зависят от пола и возраста обследуемого. Однако, прослеживается общая закономерность - у высокорослых кисти относительно более узкие, нежели у низкорослых, что соответствует уменьшению угловых величин.

Относительные дерматоглифические признаки ладоней имеют средней силы и слабую связь с длиной тела. При этом максимальные значения коэффициента корреляции имеют параметры гребневой плотности на участках между трирадиусом d и флексорными складками (карпальной и проксимальной поперечной – соответственно, 0,56 и 0,62).

Большинство исследованных однопольных признаков в мужской и женской выборках имеют сходные коэффициенты корреляции. Однако выявлены отдельные признаки, которые имеют значительно различающуюся силу корреляции в зависимости от половой принадлежности. Так корреляция расстояния между трирадиусами b и d с длиной тела мужчин (0,12) значительно меньше, чем женщин (0,37), а корреляция расстояния между трирадиусом d и проксимальной поперечной флексорной складкой (соответственно, 0,62 и 0,26), гребневой плотности между теми же ориентирами (соответственно, 0,59 и 0,03) превосходит таковую.

Для диагностики длины тела как линейной величины использован множественный регрессионный анализ. В итоговую модель включались признаки, достоверно ($p < 0,05$) взаимосвязанные с длиной тела и минимально взаимосвязанные между собой. Эффективность работы модели по одному ладонному отпечатку $\pm 5-6$ см.

Эффективность диагностики длины тела по дерматоглифическим признакам ладоней несколько уступает эффективности диагностики длины тела по длинным трубчатым костям и сопоставима с таковой (даже несколько превосходит) для коротких трубчатых костей. Однако, учитывая половую принадлежность, возрастную группу, а также предварительно установленную ростовую группу неизвестного, может быть получен и более точный результат.

В.Ю. Назаров

О периодизации истории судебно-медицинской экспертной службы Санкт-Петербурга

Санкт-Петербургского ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Существующие к настоящему времени периодизации истории российской судебно-медицинской экспертной службы нельзя считать безупречными. Мнение С.В. Шершавкина о наличии достаточно продолжительной предыстории российской судебно-медицинской экспертной службы невозможно отнести к Санкт-Петербургу [1]. Хронологический подход, в разной степени свойственный периодизациям В.А. Рожановского [2], В.Н. Попова [3], М.И. Райского [4], вряд ли актуален сегодня. Он предложен много десятилетий назад, и не мог учитывать процессов, наблюдавшихся в организации судебно-медицинского экспертного дела на протяжении всего XX века. Периодизация Н.М.Алехиной охватывает только отрезок между 1918 и 1941 годами [5]. Указанные периодизации относятся к России и СССР в целом, без учета особенностей регионов, где становление СМЭИ шло разными темпами и со своими нюансами. Строго говоря, каждая современная основная административно-территориальная единица России имеет свою историю судебно-медицинской экспертизы.

М.А.Даль [6] историю судебно-медицинской экспертизы в Петрограде – Ленинграде разделяла на три периода: с 1917 по 1940 гг., 1941 – 1945 гг., с 1946 по 1967 гг. (время появления статьи). Из периодизации выпал весь дореволюционный период.

В основу предлагаемой нами периодизации положен структурно-функциональный принцип. Он позволяет выделить в истории городской судебно-медицинской службы Санкт-Петербурга три периода, включающих по 2-3 этапа:

I период: 1714 – 1917 гг.

этап 1: 1714 – 1873 гг.

этап 2: 1873 – 1917 гг.

II период: 1918 – 1977 гг.

этап 1: 1918 – 1932 гг.

этап 2: 1933 – 1952 гг.

этап 3: 1953 – 1977 гг.

III период: с 1978 г. по настоящее время

этап 1: 1978 – 2004 гг.

этап 2: с 2004 г.

Такое деление позволяет провести сравнение основных элементов организации СМЭИ в разные исторические периоды.

Начало *первого периода* связано с изданием первого законодательного акта по регламентации судебно-медицинской экспертной деятельности в «Инструкциях и артикулах военных» (СПб, 1714 г.). Здесь выделяется два этапа. На первом происходило появление физиката, зарождение и усиление врачебного звена городской полиции, введение СМЭИ в число его обязанностей. На этом этапе возникли и развились Медицинский совет и Медицинский департамент МВД – органы, призванные, в частности, обеспечивать методическое и административное руководство организацией СМЭИ. Стали создаваться документы, регламентирующие отдельные виды СМЭИ и направленные на их улучшение; получил развитие институт полицейских врачей, произошло разделение врачебно-административных органов Санкт-Петербурга и С.-Петербургской губернии. На втором этапе, берущем начало с создания Столичного врачебного управления (СВУ), наблюдалось постепенное выдвигание судебно-медицинской экспертной деятельности полицейских врачей на главное место.

Второй период разделяется на 3 этапа. Первый начался с создания в Петрограде специализированного судебно-медицинского экспертного учреждения, общего для города и губернии, – Судебно-медицинского подотдела Комиссариата здравоохранения Петроградской трудовой коммуны. Отсчет второго этапа берет начало с выделения самостоятельной судебно-медицинской экспертной службы Ленинградской области и завершается восстановлением довоенных позиций. Третий этап характеризуется процессами количественного и качественного роста городской судебно-медицинской экспертной службы и завершением ее формирования в основных чертах.

Третий период включает два этапа. Начало первого из них связано с окончательным отказом от смешанного принципа работы (при котором городские эксперты проводили как вскрытия трупов, так и исследования живых лиц), созданием дежурного, рентгенологического, молекулярно-генетического и других современных отделений, быстрым увеличением численности личного состава, строительством, вводом в строй и освоением единого здания, расширением и усложнением структуры СМЭС, экспериментами в области хозрасчетной деятельности и системы оплаты труда, временным выходом из непосредственного подчинения органам здравоохранения. Второй этап продолжается по настоящее время; он характеризуется интенсивным обновлением производственной базы, широким внедрением компьютерных технологий и принципиально новых видов исследований, перестройкой системы финансирования, повышением роли научных исследований. Основную его тенденцию мы видим в постепенном превращении СПб

ГУЗ БСМЭ в научный, экспертный и базовый учебный центр с региональными возможностями.

На каждом из этапов происходили события и процессы, не нуждающиеся в выделении в какие-то дополнительные стадии, фазы и т. п. Так, введение судебных уставов 1864 г., бесспорно повлиявшие на состояние судебной медицины, с организационной стороны не внесло принципиальных изменений в обеспечение СМЭИ Санкт-Петербурга. Военные годы заставляли работать в чрезвычайной обстановке, но не составляли особого этапа в развитии службы.

Изложенные подходы могут быть приняты и для изучения истории других судебно-медицинских экспертных организаций России.

Литература:

1. Шершавкин С.В. История отечественной судебно-медицинской службы. – М., 1968.
2. Рожановский В.А. Судебно-медицинская экспертиза в дореволюционной России и в СССР. – М., 1927.
3. Попов Н.В. Учебник судебной медицины. – М., 1950.
4. Райский М.И. Судебная медицина. – М., 1953.
5. Алехина Н.М. Состояние и развитие судебно-медицинского дела в России в межвоенный период (1918 – 1941): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002.
6. Даль М.А. // Вопр. теории и практ. судеб. медицины. – Л., 1969. – С. 9-13.

В.А. Породенко, И.В. Ершова
**БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
 И ИХ РОЛЬ В ЕЁ ДИАГНОСТИКЕ**

Кафедра судебной медицины (зав. - проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

При исследовании патогенеза черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в последние годы особое внимание уделяется биохимическим и иммунологическим изменениям организма, так как поражение ткани головного мозга и развитие основных симптомов происходит не только за счет механического повреждения.

ЧМТ является сильным стрессовым фактором, приводящим к нарушению функций мозга и обмена веществ в организме пострадавших. Характер стрессового ответа имеет как общие, так и специфические для травмы закономерности [14, 16, 24]. Ведущими патогенетическими синдромами при ЧМТ являются гипоксия и локальная ишемия мозга, имеющие свои особенности на различных этапах травматической болезни [19].

Важное место в поражении нервной системы в последнее время отводится перекисному окислению липидов (ПОЛ). Это можно объяснить тем, что липиды составляют соответственно 59,4% и 32,7% массы белого и серого вещества головного мозга [4, 6]. После получения ЧМТ происходит активация ПОЛ, которая имеет ту же природу и количественную характеристику, что и при стрессе. Однако при ЧМТ угнетении ПОЛ через 24-48 часов, характерного для стресса не происходит, а наблюдается резкая активация перекисидации, что играет определенную роль в развитии гипоксии тканей головного мозга и его отека, тем самым обуславливая проявления посттравматическим симптомов.

Одной из особенностей ЛЧМТ является длительный вазоспазм, приводящий к ограничению поступления в головной мозг пластических веществ и кислорода. Следствием нарушения транспортных процессов является образование в нем токсических продуктов [9]. Выявлено, что в результате нарушения утилизации кислорода возникает несбалансированное накопление клетками головного мозга его активных производных: супероксидного и гидроксильного радикалов, перекиси водорода [18]. При исследовании состояния энергетического обмена при острой ЧМТ, также установлены изменения активности ферментативного окисления, что при повышенном потреблении тканью мозга кислорода может создавать благоприятные условия для неферментативного свободно-радикального окисления [13, 15].

Свободные радикалы обладают высокой реакционной способностью, что делает их высокотоксичными для биологических систем на всех уровнях. Генерация свободных радикалов должна происходить в пределах физиологических потребностей организма, в противном случае наступают многочисленные отрицательные эффекты. Результатом повышения концентрации свободных радикалов является оксидантный стресс, являющийся общим механизмом повреждения при заболеваниях нервной системы [6, 20, 23]. Особая опасность развития оксидантного стресса в центральной нервной системе определяется значительной интенсивностью окислительного метаболизма в мозге; интенсивность потребления кислорода нейронами в десятки раз превышает таковую клеток других тканей. Клетки развивают защиту против потенциального оксидантного повреждения, включающую ферменты, такие как супероксиддисмутаза, каталаза, глутатионпероксидаза и антиоксидантные соединения, такие как аскорбат и альфа-токоферол [2, 21, 22]. Если эти антиоксидантные системы ослаблены или если различные виды радикалов генерируются выше собственной защитной возможности, патология, обусловленная радикалами, может быть значительной [1, 14].

В условиях травматического повреждения вещества головного мозга или его сдавления антиоксидантной системе приходится работать с большим напряжением, нейтрализуя свободнорадикальные «выбросы» из механически разрушенных клеточных структур и нивелируя возникающие в результате сопутствующих ему гипоксии и ацидоза. Полагают, что активация антиокислительных ферментов является первой реакцией организма на увеличение интенсивности ПОЛ и наиболее чувствительным индикатором процесса следует считать каталазную активность [2].

Каталаза - фермент, катализирующий реакцию расщепления перекиси водорода на кислород и воду. Имеется во всех аэробно дышащих клетках, но в наибольших количествах содержится в эритроцитах, коррелирует с количеством эритроцитов и концентрацией гемоглобина. Каталаза в эритроците распределена неравномерно: 10-15% ее содержится в плазматической мембране, а остальные 85-90% - в цитоплазме. Показано, что активность КТэр. имеет чрезвычайно высокие значения, превышающие в миллион раз потребность в этом ферменте для целей расщепления перекиси [8]. Фермент содержится практически во всех тканях и преимущественно в пероксисомах. Среди 50 ферментов эритроцитов каталаза занимает первое место по количеству и активности и способна разлагать до 99% перекиси [17]. В эритроцитах реактивные кислородные радикалы и каталаза участвуют в инициации процессов оксигенации гемоглобина [18]. Каталаза является ключевым ферментом, который не только защищает гемоглобин и другие

структуры эритроцитов от перекисного окисления, но и тесно связана с деструктивными процессами в тканях, в том числе - головном мозге [8, 17]. Ф.З. Меерсон (1988) считает, что по антиоксидантной активности организма как одной из составляющих стресс-лимитирующей системы можно косвенно судить о выраженности стресс-реализующих реакций организма, активность которых находится в прямой зависимости от тяжести экзогенного воздействия.

При острой патологии, в том числе и при ЧМТ, на клеточном (эритроцитарном) уровне происходит более раннее и более глубокое угнетение антиоксидантной системы, чем в плазме. Исходя из этого, высказано положение о том, что антиперекисная система эритроцита более «ранима», чем аналогичная система плазмы крови [7].

Исследована динамика изменений КТэр. у больных с ушибом головного мозга и внутричерепными гематомами. Сделаны выводы, что активность КТэр., определяя степень напряжения и истощения антиоксидантных реакций как составного компонента стресс-лимитирующей системы, является надежным дополнительным критерием прогноза и оценки тяжести ушиба головного мозга и внутримозговых гематом [5].

Наряду с существующей клинико-лабораторной и инструментальной диагностикой ЛЧМТ гистохимическое исследование крови может быть использовано в качестве дополнительного весьма объективного критерия. Динамика нормализации показателей активности КТэр. у больных с СГМ и УГМ ЛС в процессе стационарного лечения имеет существенные различия [11].

Активность каталазы изучена в остром периоде ЛЧМТ [3], при этом высказано предположение, что истощение резервов антиоксидантной системы может приводить к срыву механизмов адаптации, что ведет к неврологическим осложнениям.

Для повышения объективности и достоверности выводов о степени черепно-мозговой травмы необходимо применение гистохимического исследования КТ-ПО активности эритроцитов, которая позволяет индивидуализировать подход к оценке степени тяжести причиненного вреда здоровью [12].

Состояние активности КТэр. наиболее целесообразно представлять в виде графиков линейной зависимости, на которых существенные изменения характерны для сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени, в том числе в сочетании с алкогольной интоксикацией и изменениями, обусловленными повторным характером травмы, что связано с патологическими изменениями в структурах головного мозга, пусковыми механизмами защитных систем и адаптационными возможностями организма на травму.

Использование активности каталазы эритроцитов как маркера баланса между состоянием активности стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем может позволить использование ее показателей для установления тяжести ЧМТ, и достоверной верификации степени тяжести причиненного вреда здоровью.

Список литературы:

1. Абдрашидова Н. Ф. Состояние эритроцитарной системы ПОЛ – антиокислительная активность у больных хроническим бронхитом, вдыхавших и не вдыхавших озон / Н. Ф. Абдрашидова, Ю. А. Романов // Бюл. эксперим. биологии и мед. – 2001. Т. 132, № 9. – С. 317-319.

2. Верболович В. П. Показатели резистентности эритроцитов человека к окислительному стрессу / В. П. Верболович, Ю. К. Подгорный, Л. М. Подгорная // *Вопр. мед. химии.* – 1989. № 5. – С. 35-40.
3. Воскресенская О. Н. Объективные характеристики острого периода сотрясения головного мозга / О. Н. Воскресенская, С. В. Терещенко, И. И. Шоломов // *Нейрохирургия.* – 2003. – № 4. – С. 22-27.
4. Дубенко А. Е. Роль перекисного окисления липидов и активности энергетических ферментов в патогенезе острой закрытой черепно-мозговой травмы / А. Е. Дубенко // *Врач. дело.* – 1991. – № 12. – С. 68–71.
5. Ермакова О. О. Роль нарушения окислительно-восстановительных процессов в инициации синдрома эндогенной интоксикации при травматических внутримозговых гематомах в остром периоде : дис. ... канд. мед. наук : в 1 т. / О. О. Ермакова. – Краснодар., 2005.
6. Завалишин И. А. Оксидантный стресс – общий механизм повреждения при заболеваниях нервной системы / И. А. Завалишин, М. Н. Захарова // *Журн. неврологии и психиатрии.* – 1996. - № 2. – С. 111-114.
7. Кармен Н. Б. Состояние мембран клеток в острый посттравматический период тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы / Н. Б. Кармен // *Вестн. интенсив. терапии.* – 2001. - № 1. – С. 31-36.
8. Крайнев С. И. О каталазе эритроцитов человека : автореф. дис. ... д-ра биол. наук. / С. И. Крайнев – Л., 1968. – 36 с.
9. Марченко Ф. С. Активность супероксиддисмутазы в тканях мозга и печени кролика при сотрясении головного мозга в эксперименте / Ф. С. Марченко, И. Г. Васильева, А. Н. Васильев // *Врачебное дело.* – 1991. - №12. – С. 66-68.
10. Меерсон Ф. З. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова. – М. : Медицина, 1988. – 220 с.
11. Породенко В. А. Значение гистохимических показателей каталазной активности эритроцитов для диагностики сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени / В. А. Породенко, В. Е. Будник // *Судеб.-мед. экспертиза.* – 2002. – № 2. – С. 7-10.
12. Породенко В. А. Судебно-медицинская диагностика повторной черепно-мозговой травмы и травмы, полученной в состоянии алкогольного опьянения / В. А. Породенко, И. В. Ершова // *Кубанский научный медицинский вестник.* – 2009. - №4(109). – С.139-145.
13. Промыслов М. Ш. Обмен веществ в мозге и его регуляция при черепно-мозговой травме / М. Ш. Промыслов. – М.: Медицина, 1984. – 86 с.
14. Пшенникова М. Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии / М. Г. Пшенникова // *Патол. физиология и эксперим. терапия.* – 2001. - № 3. – С. 28-32.
15. Ромоданов А. П. Прогрессирующие последствия черепно-мозговой травмы / А. П. Ромоданов // *Вопр. нейрохирургии.* – 1986. – № 7. – С. 13–16.
16. Ромоданов А. П. Современные аспекты диагностики и комплексного лечения закрытой черепно-мозговой травмы в остром периоде / А. П. Ромоданов // *Вопр. нейрохирургии.* – 1989. - № 5. – С 35-38.
17. Сторожук П. Г. Каталаза эритроцитов при стрессовых состояниях организма /

П. Г. Сторожук // Некоторые вопр. мед. и приклад. энзимологии : Сб. науч. тр. – Краснодар, 1985. – Вып. 2. – С. 78–87.

18. Сторожук П. Г. Ферменты прямой и косвенной антирадикальной защиты и их роль в инициации процессов оксигенации гемоглобина, антибактериальной защите и делении клеток / П. Г. Сторожук // Вестн. интенс. терапии. – 2000. – № 3. – С. 8–13.

19. Царенко С. В. Приоритеты интенсивной терапии в нейрохирургии: давление, кровотоков, оксигенация или метаболизм? // С. В. Царенко, В. В. Крылов // Нейрохирургия. – 2000. - № 1-2. – С. 49-52.

20. Betteridge D.J. What is oxidative stress / D. J. Betteridge // Metabolism. – 2000. – vol. 49, № 2. – P. 3-8.

21. Halliwell B. The antioxidants of human extracellular fluids / B. Halliwell, J.M. Gutteridge // Arch. Biochem. Biophys. – 1990. vol. 280, № 1. – P. 1-8.

22. Halliwell B. Oxygen radicals as key mediators in neurological disease: fact or fiction? / B. Halliwell // Ann. Neurol. – 1992. – vol. 32, Suppl. – S. 10–15.

23. Pryor W. A. Oxidative stress status – the third set / W. A. Pryor // Free Radic. Biol. Med. – 2000. – vol. 28, № 6. – P. 837.

24. Mendelow A.D. Pathophysiology of head injuries / A. D. Mendelow, G. M. Teasdale // Br. J. Surg. – 1983. – vol. 70, № 11. – P. 641-650.

В.А. Породенко, С.А. Ануприенко, Р.И. Романова, Н.Н. Пишивец

ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПРИ СТОЛКНОВЕНИИ ПЕШЕХОДА С ДВИЖУЩИМСЯ АВТОТРАНСПОРТОМ

Кафедра судебной медицины (зав. - проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

В настоящее время одним из значимых вопросов в судебной медицине является дорожно-транспортный травматизм. По данным ВОЗ, в мире ежегодно в дорожных авариях погибают 1,2 млн. человек и около 50 млн. получают травмы. Ежедневно в мире в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) погибает 3 тыс. человек, 25% из них молодые – в возрасте от 26 до 40 лет. По данным всемирного банка, ежегодный мировой материальный ущерб оценивается в 518 млрд. долл., что составляет от 1,5 до 2% валового мирового национального продукта. По прогнозам ВОЗ и Международного совета безопасности на дорогах (2006 г.), в 2010 г. количество ДТП в мире может возрасти на 80%, а количество погибших составит более 2 млн. [7]. По данным ГИБДД за 2007 г. в целом по России произошло 233809 ДТП, в которых погибли 33308 и ранены 292206 человек. Следует отметить, что в России в 2007 году подсчитывались летальные исходы, случившиеся в течение 7 сут. с момента происшествия, в то время как во всех других странах учитываются летальные исходы от ДТП в течение 30 сут. с момента аварии, т.е. наши показатели заведомо занижены на одну треть, но, тем не менее, значительно хуже западных [3]. Одной из наиболее часто встречаемых травм при ДТП является черепно-мозговая травма (ЧМТ). Всего на долю ЧМТ в разных регионах России приходится от 4 до 7,2 на 100 человек. Мужчины получают ЧМТ в 2-3 раза больше, чем женщины. У детей ЧМТ встречается чаще, чем у взрослых. Основной возраст среди взрослых - это люди от 25 до 40 лет. Доля тяжелых ЧМТ составляет 20% от общего числа ЧМТ, общая летальность - 1,5-3,8 %, однако летальность при тяжелых ее формах составляет 65%.

Половина больных перенесших ЧМТ в той или иной степени утрачивают работоспособность. 60% травм получено в быту, из них 70% получены в состоянии алкогольного опьянения. 70% летальных исходов в ДТП происходит непосредственно на месте совершения аварии или в пути следования в больницу. На долю ЧМТ при ДТП приходится 20-30%. В последние годы этот показатель повышается.

Цель работы заключалась в исследовании характера смертельной ЧМТ при ДТП в г. Краснодаре за 2007 год. Материалом для исследования послужили акты судебно-медицинских исследований и заключений экспертов по всем случаям смертельной ДТП с участием пешеходов, происшедших в г. Краснодаре за 2007 год, архива морга ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» департамента здравоохранения Краснодарского края. В г. Краснодаре за этот период в ДТП погибло. Всего за исследуемый период в г. Краснодаре при ДТП погибло 226 человек, из них 98 пешеходов. Среди погибших пешеходов мужчин было 62%, женщин – 38%. Более трети (14%) погибших женщин находились в возрасте 70 лет и старше, погибших мужчин в этой возрастной группе было всего лишь 4% (рис. 1).

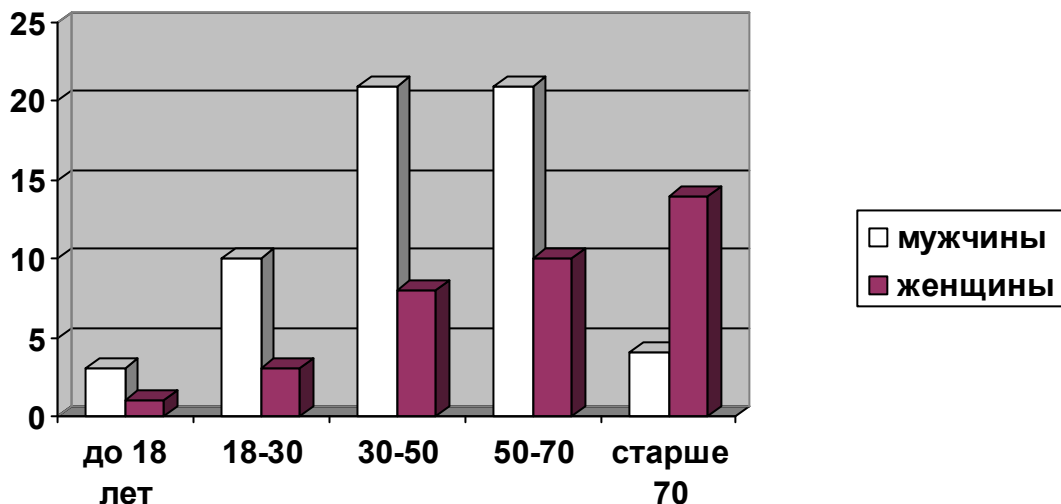


Рис.1. Процентное соотношение мужчин и женщин в зависимости от возраста.

Следует отметить, что 35% смертельно пострадавших пешеходов находились в состоянии алкогольного опьянения (легкой степени – 6%, средней – 17%, тяжелой – 12%), однако эта цифра могла быть выше, т. к. у 23% пострадавших при ДТП и умерших в лечебных учреждениях анализ крови на алкоголь не производился. 46% пешеходов скорой помощью с места ДТП доставлялись в лечебное учреждение, однако в связи с грубым характером повреждений умирали в течение суток – 17%, до 7 суток – 15%, до 30 дней – 10%, свыше 30 дней – 3%.

По данным А.А. Солохина [4], среди различных повреждений у погибших от травмы, полученной при столкновении с автомобилем, переломы черепа и повреждения головного мозга составляют 60%. Переломы костей черепа у пешеходов в основном носят закрытый характер 84,11%, чаще бывают одновременные повреждения свода и основания черепа. Переломы костей черепа у пешеходов почти всегда сопровождаются повреждениями и изменениями со стороны оболочек и вещества головного мозга (кровоизлияния, ушибы и реже значительные разрушения). Кровоизлияния под мягкую и твер-

дую мозговые оболочки определяются у 54%, а кровоизлияния в вещество головного мозга и его желудочки - у 57% пешеходов. А.А. Матышевым [1] выявлено, что наружные повреждения (ссадины, кровоподтеки и раны) встречаются при автомобильной травме головы в 88,5% случаев. В 7,7% случаев переездов наружные повреждения имелись только на одной стороне головы, а в 6,9% они вообще отсутствовали. В.К. Стешиц [5] предпринял попытку установить закономерности возникновения автотранспортных повреждений головы в зависимости от величины травмирующей силы. Так, при ударе легковым автомобилем, движущимся со скоростью 20 км/час, в голову и область туловища, что соответствует травмирующей силе в 109,1 кгс*м, в местах ударов выявляются кровоизлияния в мягкие ткани, перелом затылочной кости с отходящей трещиной в заднюю черепную ямку, при скорости 50 км/час, что соответствует силе 150 кгс*м, в местах ударов выявляются кровоизлияния в мягкие ткани; эпидуральная и субдуральная гематомы на стороне удара, субарахноидальное кровоизлияние, крупноочаговые кровоизлияния в области подкорковых узлов. По данным В.Ф. Трубникова и Г.П. Истомина [6], основанных на детальном изучении 4293 пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, переломы костей черепа наблюдались у 63,31% погибших на месте происшествия, у 65,29% умерших на пути в лечебное учреждение, у 37,72% умерших в период лечения в стационарных условиях и у 7,98% пострадавших, оставшихся в живых. Резкое запрокидывание головы может сопровождаться разрывами связок и переломами верхних шейных позвонков. При ударе головы о капот, наряду с повреждениями мягких тканей головы (ссадинами, кровоподтеками, ранами), нередко возникают переломы костей черепа, расположение которых соответствует направлению силы: при ударе затылком или лбом – продольно, при ударе височной или височно-теменной области - поперечно. Общее сотрясение тела обуславливает появление дополнительных повреждений. Известно, если удар выступающей частью автотранспорта приходится ниже центра тяжести тела (при наезде легковым автомобилем), пострадавший отбрасывается сначала в сторону автомобиля, а затем на покрытие дороги. Резкое запрокидывание головы может сопровождаться разрывами связок и переломами верхних шейных позвонков. При ударе головой о капот, наряду с повреждениями мягких тканей головы (ссадинами, кровоподтеками, ранами), нередко возникают переломы костей черепа, расположение которых соответствует направлению силы: при ударе затылком или лбом – продольно, при ударе височной или височно-теменной областью - поперечно. Общее сотрясения тела обуславливает появление дополнительных повреждений.

При исследовании характера черепно-мозговой травмы при дорожно-транспортном происшествии нами выявлены основные повреждения головы, полученные при столкновении пешехода с автотранспортом. Следует отметить, что из 98 погибших 6 человек не имеют повреждения головы вообще, при этом 1 из них был сбит микроавтобусом «Тойота», следовавшим задним ходом, еще 1 человек был сбит автомашиной ГАЗ-5227, остальные четверо сбиты автомобилями неустановленной марки, скрывшимися с места ДТП.

Повреждения головы в виде ран и ссадин нами выявлены в 76% случаев; самым частым повреждением головы являются кровоподтеки – 83%; перелом свода черепа определяется в 40% случаев, основания черепа в 34% случаев, повреждения вещества мозга в 38% случаев (рис. 2).

Кроме того, было выявлено, что:

- ✓ Сочетание переломов свода и основания черепа - в 24 случаях (25% всех случаев повреждения головы);
- ✓ Наличие изолированных повреждений мягких тканей головы (без переломов костей и повреждения вещества мозга) - в 13 случаях (12,2%);
- ✓ Сочетание повреждений мягких тканей (ссадины, раны, кровоизлияния) с переломами костей черепа - 50 случаев (53,4%);
- ✓ Сочетание повреждений мягких тканей (ссадины, раны, кровоизлияния) с переломами костей черепа и с повреждением вещества мозга (ушиб мозга, кровоизлияние, разможжение) - 41 случай (44,5%);
- ✓ Сочетание повреждений мягких тканей (ссадины, раны, кровоизлияния) без перелома костей черепа и с повреждением вещества мозга (ушиб мозга, кровоизлияние, разможжение) - 20 случаев (21,7%).

Разможжение вещества мозга наблюдается в 7 случаях, в одном из них - в сочетании с отрывом черепа от позвоночного столба.

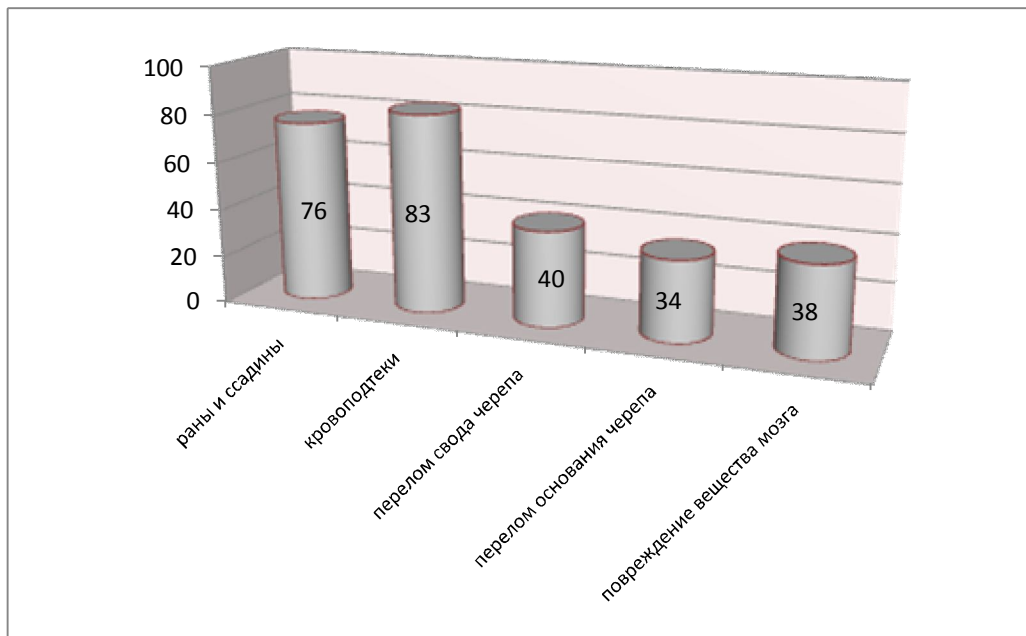


Рис. 2. Процентное соотношение различного рода повреждений головы.

Повреждение атлanto-затылочного сустава наблюдается в 2 случаях, экстирпация мозга из полости черепа - в 3, кровоизлияние в продолговатый мозг - в 2 случаях.

Необходимо учитывать то обстоятельство, что за последние десятилетия в связи с резким увеличением моторизованного транспорта значительно изменился качественный характер травмы вообще и черепно-мозговой травмы в частности. Черепно-мозговые травмы, вызванные автотранспортом, движущимся на скоростях, по своему механизму резко отличаются от ЧМТ бытового, производственного, спортивного и другого происхождения. После перенесенной тяжелой ЧМТ у 100% больных не исчезают неврологические и психические расстройства, причем у 92% случаев они сохраняются в выраженной степени [4].

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что возросшее количество и разнообразие транспорта на дорогах, и как следствие, увеличение ДТП, требует как от эксперта, так и от врача любой специальности постоянного совершенствования знаний о механизмах и условиях ДТП, заставляет по новому осмысливать и ставить на разрешение вопросы, возникшие в ходе проведения экспертиз при транспортной травме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матышев А.А. Распознавание основных видов автомобильной травмы. – Ленинград, «Медицина», 1969. – 128 с.
2. Сингур Н.А. Ушибы мозга. - М., 1970.
3. Соколов В.А. Дорожно-транспортные травмы: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с.
4. Солохин А.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы. – М., «Медицина», 1968. – 235 с.
5. Стешиц В.К. Судебно-медицинская экспертиза при дорожно-транспортных происшествиях. Минск, «Беларусь», 1976. – 192 с.
6. Трубников В.Ф., Истомин Г.П. Травматизм при дорожно-транспортных происшествиях. - Харьков, 1977. – 192 с.
7. Якунин С.А. Эпидемиологические особенности автомобильного травматизма в России и за рубежом// Суд.-мед. эксперт., 2007. - №3. – С. 8-13.

И.А. Толмачев, А.П. Божченко, О.Д. Белоусова, А.А. Феклистов
ПРОФЕССОР А.В. ГРИГОРЬЕВ, К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
 ФГУ ВПО ВМА имени С.М.Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург

В 2010 году судебно-медицинская общественность отмечает 150-летие со дня рождения крупного русского ученого, внесшего значительный вклад в развитие судебной медицины.

Алексей Васильевич Григорьев родился 30 января 1860 года в селе Пойма Чембарского уезда Пензенской губернии в небогатой дворянской семье. По окончании гимназии поступил в Медико-хирургическую академию, которую окончил с отличием в 1883 году и в этом же году был оставлен на усовершенствование в должности ординатора терапевтического отделения клинического военного госпиталя. Одновременно А.В. Григорьев работал в патологоанатомическом кабинете, которым руководил профессор Н.П. Ивановский [1]. Спустя два года в печати появляются его первые работы: «Микроорганизмы кумыса и их бродильные свойства» и «К вопросу об окраске микроорганизмов по способу Коха-Эрлиха». В 1886 г. Алексей Васильевич защищает диссертацию на степень доктора медицины: «Материалы к учению о бугорчатке» [2].

В 1887 г. А.В. Григорьев назначается на должность младшего врача в Варшавский Александровский военный лазарет. В том же году он прикомандировывается к Уздовскому военному госпиталю, где работает ординатором, а затем прозектором. В 1890 году тридцатилетний А.В. Григорьев избирается секретарем Варшавского военно-санитарного общества. В этот период продолжают его бактериологические исследо-

вания, в свет выходят две работы: «Об оспопрививании» и «О микроорганизмах при вакцине и натуральной оспе» [3].

Многие работы А.В. Григорьева были посвящены актуальным вопросам медицины того времени, когда туберкулез, оспа, бешенство, дизентерия были общечеловеческими бедствиями. В 1891 г. Алексей Васильевич публикует труд «О микроорганизмах при дизентерии», принесший ему подлинную известность [4].

С 1892 г. молодой ученый в течение двух лет стажировался в ведущих европейских научных центрах под руководством выдающихся профессоров того времени: Вирхова, Рубнера, Мечникова, Гофмана. На 35 году жизни А.В. Григорьев получает звание приват-доцента по патологической анатомии и патологической гистологии в Императорской Военно-Медицинской академии и допускается к чтению лекций. Через два года назначается экстраординарным профессором Императорского Варшавского университета по кафедре судебной медицины и токсикологии, где посвящает себя исключительно вопросам судебной медицины. Через пять лет А.В. Григорьев уже ординарный профессор той же кафедры [5].

В 1911 г. профессор А.В. Григорьев покидает столицу Царства Польского, увольняясь в отставку. Около полугода работает в должности ординарного профессора кафедры судебной медицины в Московском университете, а затем, в 1912 г., назначается на аналогичную кафедру в Императорскую Военно-Медицинскую Академию. В академии А.В. Григорьев много сил и времени уделял вопросам преподавания судебной медицины. В январе 1913 г. он представил на рассмотрение комиссии академии новую программу курса по судебной медицине и токсикологии, составленную очень подробно и охватывающую все основные разделы судебной медицины. По прошению А.В. Григорьева был увеличен и штат сотрудников кафедры [6].

Научно-общественная деятельность профессора А.В. Григорьева не ограничивалась только стенами академии. В течение более четверти века Алексей Васильевич регулярно выступает с докладами на Пироговских съездах, неоднократно избираясь почетным председателем секции патологической анатомии и общей патологии. С 1911 г. А.В. Григорьев принимает участие в работе Межведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства, с 1912 г. становится экспертом по судебно-медицинской части Медицинского Совета при Министерстве внутренних дел. В 1914 г. создается Русское судебно-медицинское общество, и А.В. Григорьев избирается его первым председателем [7].

Профессором А.В. Григорьевым было опубликовано 46 работ, из них половина посвящена судебной медицине. Большинство судебно-медицинских изысканий посвящено исследованию вещественных доказательств: «О разрушении органических веществ при судебно-медицинских анализах», «Об исследовании кровяных пятен, утративших способность к растворению в обычных растворителях», «Об исследовании семенных пятен, загрязненных кровью». Большое внимание профессор уделялось ученикам. Только в академии, где А.В. Григорьев руководил кафедрой недолго, менее четырех лет, под его руководством вышло несколько диссертаций [6].

Действительный статский советник, кавалер орденов Св. Владимира 2-й степени, Св. Станислава 1-й степени, профессор Алексей Васильевич Григорьев скоропостижно скончался 6 января 1916 года на 55 году жизни. Газета «Русский врач» по этому поводу

с прискорбием писала: «В лице покойного отечественная наука потеряла честного, талантливое, широко образованного, пытливого работника типа тех, чей труд, по поразительной их скромности, без оглядки бежит даже всякого намека на шум, на людскую славу. А потому приобретает себе должную оценку лишь после того как их уста онемеют навеки, а руки навсегда откажутся работать...»

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев Алексей Васильевич // БМЭ, 3-е изд. - Т. 6. - С. 440.
2. Баринов Е.Х., Печерей И.О., Ромодановский П.О. А.В. Григорьев – выдающийся деятель отечественной медицины // Проблемы экспертизы в медицине. – Ижевск, 2007. - №3. – С. 51-54.
3. Труды Варшавского военно-санитарного общества за 1887-1888 гг. - Варшава, 1888. - С. 494.
4. Ефременко А.А. Из истории изучения дизентерии в России // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1950. - № 8. – С. 63-67.
5. Ягубов С.Н. Профессор А.В. Григорьев // Вопросы судебно-медицинской экспертизы. – М., 1955. – Вып. 2.
6. Коровин И.П. Краткий исторический очерк кафедры патологической анатомии при ИВМА (бывшей МХА). – СПб., 1898.
7. Назаров В.Ю. Очерки истории судебно-медицинской экспертной службы Санкт-Петербурга. – СПб., 2008.

Е.Н. Травенко, А.В. Ильина

ИТОГИ ПОДГОТОВКИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ-СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ ДЛЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Кафедра судебной медицины (зав.- проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

В формировании квалифицированных специалистов и повышении качества их подготовки огромная значимость принадлежит последипломной подготовке.

Последипломная подготовка и переподготовка врачей ведется в настоящее время в соответствии с:

- Законом РФ «Об образовании».
- Законом « О высшем и послевузовском профессиональном образовании».
- Приказом МЗ РФ №44 от 20.01.1982 г. «О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачей в интернатуре».
- «Положением о клинической ординатуре», утвержденным Приказом МЗРФ о№23 от 17.02 1993 г.
- Приказом МЗ и СР №210-н от 23.04.2009 г. «о номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ».
- Приказом МЗ и СР №415-н от 07.07.2009 г. «Об утверждении квалификационных требований специалистов с высшим и послевузовским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».

Основными ее направлениями являются:

1. Подготовка клинических интернов и ординаторов.

2. Профессиональная переподготовка (первичная специализация).
3. Усовершенствование, сертификация.
4. Подготовка аспирантов.

На кафедре судебной медицины на протяжении многих лет идет успешная подготовка интернов и ординаторов. До 1986 г. подготовка врачей интернов велась преимущественно в Краевом бюро судебно-медицинской экспертизы (базовое учреждение) с привлечением преподавателей кафедры судебной медицины.

В 1986 г. кафедру возглавил доцент, ныне профессор В.А. Породенко. В соответствии с изданным 6 июня 1986 г. Приказом №804 МЗ СССР №804 «Об общем руководстве интернаурой в зоне курации, проведение силами преподавателей в закрепленных за ними учреждениях контроль за качеством подготовки врачей-интернов и прием экзамена» возрасла роль кафедры в подготовке врачей интернов.

Активная подготовка врачей кафедрой начата с 1988 г. во исполнение письма МЗ РФ от 29.10.1987 г. № 26м/677 за подписью начальника Главного управления учебных заведений В.Н. Шляпникова «О мероприятиях по улучшению качества подготовки врачей по судебной медицине». В этом письме, адресованном ректорам медицинских вузов говорится: «Во исполнение Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по коренному улучшению качества подготовки и использования специалистов с высшим образованием в народном хозяйстве» и «О повышении роли вузовской науки и ускорения научно-технического прогресса, улучшения качества подготовки специалистов (1987) и в связи с большой значимостью судебной медицины для решения социально-правовых вопросов, первичной экспертизы и расследования уголовных дел, повышения ответственности судебно-медицинских экспертов, имеющимися недостатками в подготовке специалистов по судебной медицине, недостатками в системе повышения квалификации судебно-медицинских экспертов необходимо: 1) предусмотреть с 1988 распределение 2-3 выпускников вузов в судебно-медицинскую службу региона... 2) по потребности практического здравоохранения шире использовать интернатуру для подготовки квалифицированных специалистов по судебной медицине; 3) повысить требовательность к профессорско-преподавательскому составу кафедр судебной медицины по качеству подготовки студентов по правовым, деонтологическим вопросам и по освоению практических навыков».

Во исполнение Указанного постановления начальнику Управления здравоохранения Краснодарского крайисполкома В.Н. Долгова за подписью начальника бюро СМЭ В.Т. Анохина и зав. кафедрой судебной медицины В.А.Породенко 20.10.1988 г. направлено письмо о необходимости обратиться в ректорат Кубанского мединститута о организации 2-х групп субординаторов по судебной медицине для подготовки специалистов по судебной медицине. Вопрос этот остался без разрешения. В этот период принято решение Ректората Кубанского медицинского института им.Красной Армии по вопросу: «Выполнение плана мероприятий по устаранию замечаний комиссии МЗ РФ по проверке подготовки врачей-интернов» (протокол №17 от 23.10.89 г.): «...1. Возложить руководство интернаурой на соответствующие отделы и профильные кафедры...».

Повторно вопрос об открытии субординатуры поднят в письме ректора Кубанского медицинского института Ю.А.Осиповым министру здравоохранения РСФСР на основании принятого решения исполнительного комитета Краснодарского краевого Совета на-

родных депутатов №522 от 03.12.1990 г., которое было в свою очередь принято при рассмотрении состояния вопроса судебно-медицинской службы края.

27.02.1991 г. издан Приказ МЗ РСФСР о разрешении субординатуры по судебной медицине с последующей подготовкой в интернатуре. Но субординатура была вскоре ликвидирована, а таких специалистов в судебной медицине края не имеется.

К этому периоду времени относится появление так называемой рабочей интернатуры (стажировки – врач-интерн), которая проводится на базе бюро СМЭ ДЗ КК и кафедре судебной медицины. В 1991-1992 г. ее проходили 3 выпускника вуза: Малыха В.А., Яцына П.И. и Кимбар В.И.

С 1994 г. начата подготовка подготовка клинических интернов на кафедре судебной медицины (базовое учреждение) и в рабочей интернатуре (базовое учреждение бюро СМЭ). Всего с 1986 г. по настоящее время подготовлено 55 и готовится 7 интернов. Данные по годам и количество интернов представлены на рисунке 1, из них 56,5% составляют мужчины и 44,5 женщины. Из 55 подготовленных и выпущенных специалистов 7 человек не работает по специальности, один безвременно ушел из жизни, что составляет 14,5%.

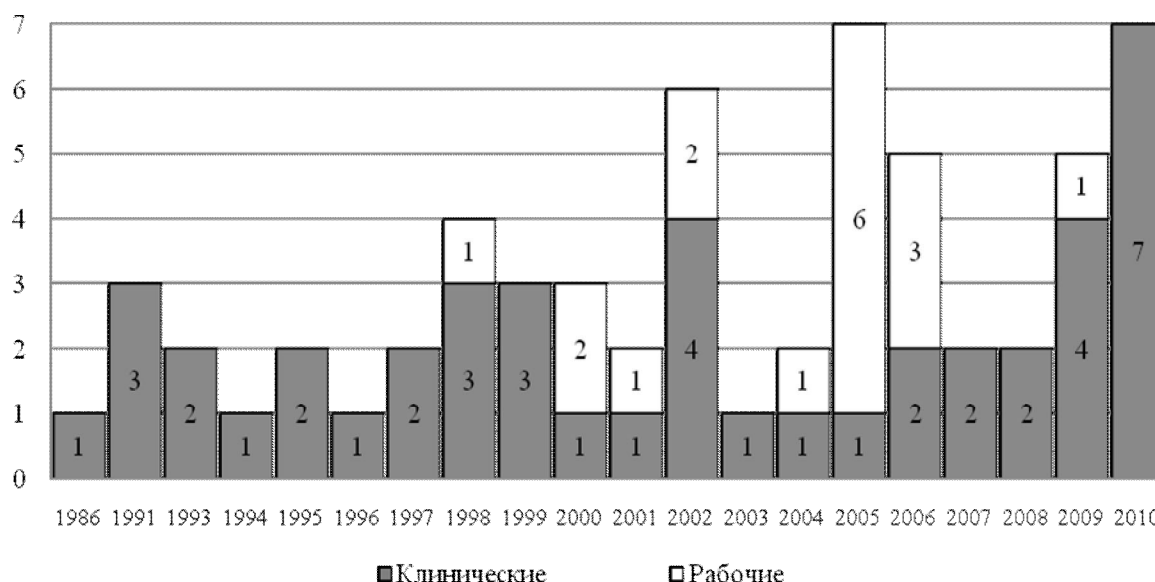


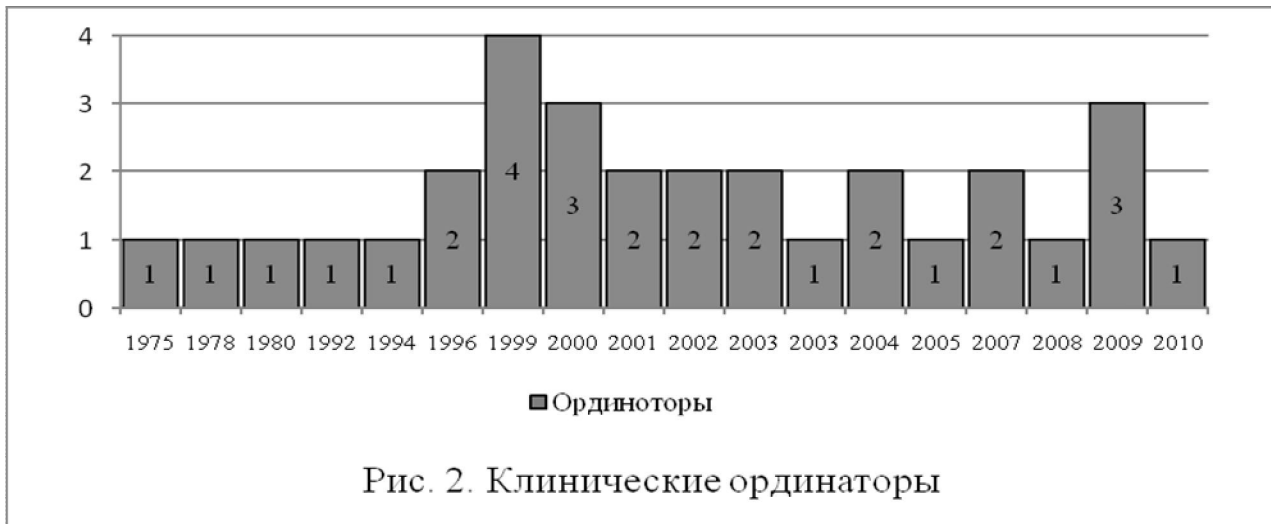
Рис. 1. Количество клинических и рабочих интернов

За всю многолетнюю практику подготовку интернов 2 человека, обучавшихся в рабочей интернатуре, не сдали экзамен.

Через клиническую интернатуру подготовлено 69%, через рабочую 31% специалистов (базовые учреждения – бюро СМЭ КК, РА, ЧР). С этого года подготовка так называемых рабочих интернов прекращена. Им на смену в этом году пришли так называемые целевые клинические интерны (2) для республики Карачаево-Черкессия.

Подготовка врачебных кадров через клиническую ординатуру начата кафедрой в 1975 г. Первым ординатором кафедры был Мултых Вадим Евгеньевич, ныне патологоанатом 2 горбольницы. Вторым ординатором кафедры судебной медицины был судебно-медицинский эксперт, зав. Усть-Лабинским отделением бюро СМЭ Сергей Иванович Бондаренко, ныне ст.преподаватель кафедры судебной медицины (1978-1980), третьим

ординатором был Мукалян Арам Гаспарович (отчислен за неуспеваемость). Активно подготовка через клиническую ординатуру начата с 1992 г. Всего с 1975 г. по настоящее время подготовлено 25 клинических ординаторов и 4 готовится сейчас (рисунок 2).



62% специалистов, окончивших интернатуру, продолжили свое обучение в клинической ординатуре. Хочется отметить, что среди ординаторов было трое иностранных граждан. Всего из ординатуры за весь период отчислено было три ординатора по разным причинам. Из выпущенных 4 человека не связали судьбу с экспертизой, хотя двое из них работают в смежных областях (патанатомия, ЭКО ГУВД).

Подготовка квалифицированных специалистов обеспечивается тем, что на кафедре разработаны оптимальные пути и формы их подготовки и типовые рабочие программы, базирующиеся на создании системы профессиональных знаний и умений, профессионального поведения на принципах медицинской этики и деонтологии, самостоятельной клинической деятельности, внедрении новых методов активного обучения и современных концепций педагогики и психологии высшей школы, активизации внеаудиторной самостоятельной работы, индивидуализации обучения и с ориентацией на конкретные условия и место работы, формирования творческой активности и индивидуальной исследовательской работы. В 2010 году, в соответствии с новыми требованиями, подготовлены основная образовательная программа послевузовского профессионального образования по специальности «судебно-медицинская экспертиза» для клинических ординаторов и клинических интернов (рабочая программа), новые экзаменационные вопросы и билеты вступительных и испытательных (выпускного) экзаменов в клиническую ординатуру, вопросы и билеты выпускного экзамена к клинической интернатуре; получены внутренние рецензии на них. Впервые в этом году клинические интерны и ординаторы сдавали итоговую государственную аттестацию в несколько приемов, в том числе компьютерное тестирование (разработано 500 вопросов) в компьютерном зале университета, рейтинг интернов 2009-2010 года составил 3,7, ординаторов - 4,3.

Неотъемлемой частью работы кафедры является другие формы последипломного образования, в том числе - профессиональная переподготовка (первичная специализация). Она начата с 2001-2002 учебного года, осуществляется в пределах 576 часов (4 месяца). Всего с этого года по 2010 ПП прошли 12 человек, 1 был отчислен по собственному желанию по состоянию здоровья (таблица 1).

Таблица 1.

Количество прошедших первичную специализацию

Год	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2010
Кол-во	3	2	3	1	2	1	1

За последние годы кафедрой выполнена большая работа по усовершенствованию врачей судебно-медицинских экспертов и сертификации специалистов. Общее усовершенствование (сертификационные циклы) проводится в объеме 144 часов по разработанной кафедрой и утвержденной университетом программе и тематическому плану. Первый цикл был проведен в 1998 г. Всего с 1998 по 2010 г. проведено 16 циклов (рисунок 3).

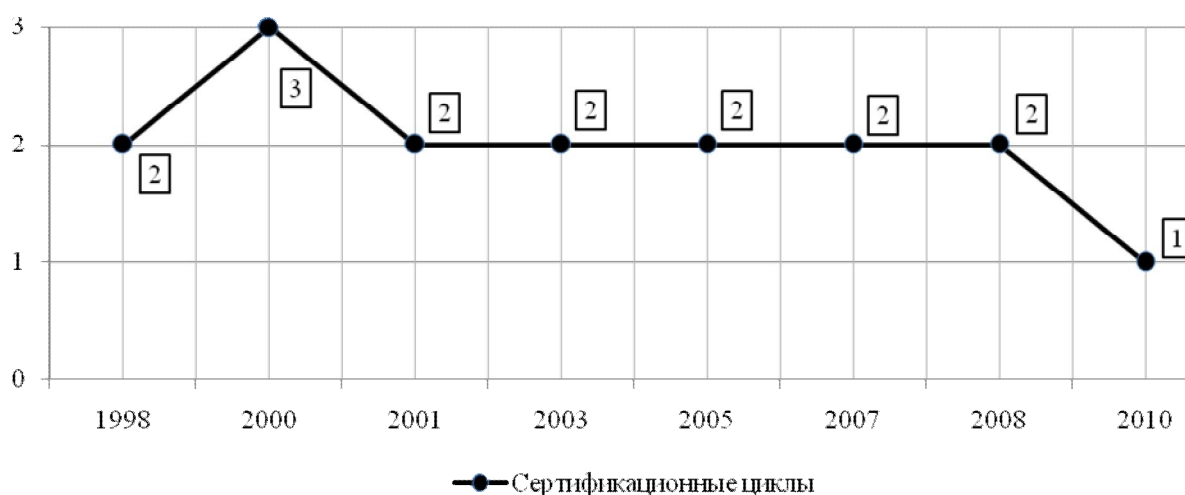


Рис. 3. Сертификационные циклы

В ходе таких циклов эксперты не только подтверждают свою квалификацию, но знакомятся с новыми методами, которые они могут применить в повседневной работе, обмениваются опытом, разрешают проблемные вопросы.

Одной из форм подготовки специалистов на наш взгляд является аспирантура. Подготовка аспирантов начата на кафедре с 1975 г. (очная и заочная формы). Закончили аспирантуру и успешно защитились: В.А. Породенко, Т.П. Перова, Н.П. Варшавец, Е.И. Быстрова. Представлены к защите диссертации В.Т. Корхмазова, И.В. Леушиной. В настоящее время выполняется диссертация А.В. Ильиной (заочный аспирант). Подана заявка в заочную аспирантуру на С.А. Ануприенко.

Подводя краткий итог проделанной работе, следует отметить, что наряду с имеющимися достижениями возникает необходимость совершенствования работы по последипломной подготовке специалистов, в том числе по индивидуализации их обучения с учетом базового уровня знаний и умений, спецификой будущей и настоящей работы и конкретными условиями труда; внедрению и обучению современным методам и технологиям получения информации; проблемному обучению и усилению теоретической подготовки, совершенствованию умений по конкретным разделам судебной медицины, со-

вершенствованию методической базы по общему усовершенствованию и сертификации, воспитанию и формированию ответственности за свое обучение. Все это позволит при едином методологическом подходе достижению конечной цели – подготовка высококвалифицированных кадров.

Е.Н. Травенко

СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКАЯ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В ФОРМЕ АДАПТИВНОЙ ГЕПАТОПАТИИ

Кафедра судебной медицины (зав. – проф. В.А. Породенко) Куб ГМУ, г. Краснодар

Несмотря на большое количество исследований в отношении судебно-химической оценки и морфологической картины острых отравлений алкоголем, остается много нерешенных и дискуссионных проблем [4, 5, 9], поскольку судебно-химические критерии, а также макро- и микроскопические признаки отравлений не могут рассматриваться как строго специфичные для данной патологии [2]. Это требует разработки критериев, поддающихся объективной и доступной оценке всеми судебно-медицинскими экспертами, в том числе с обязательным учетом роли фоновой хронической алкоголизации и конкретных вариантов смертельных отравлений [3, 4, 6, 7].

В связи с этим мы провели расширенную оценку диагностических критериев (судебно-химических и морфологических) острого отравления алкоголем у лиц с проявлениями алкогольного поражения печени в виде адаптивной гепатопатии.

«Адаптивная гепатопатия» - ранняя компенсаторно-приспособительная реакция печени на перегрузку ее этанолом, проявляется отсутствием или незначительными клиническими симптомами, нормальными функциональными пробами и диагностируется, как правило, на основании гисто-морфологического и электронно-оптического исследований печени.

В группу наблюдений отнесены 20 случаев острого отравления алкоголем. Критерием отбора явилась макроскопическая картина печени – незначительное увеличение или обычных размеров, гладкая поверхность, закругленный передний край, плотно-эластическая консистенция, с поверхности и на разрезах красновато-коричневая, редко с желтоватым оттенком и результаты гистологического исследования, а также результаты патоморфологического исследования. Гистологическую оценку морфофункционального состояния печени проводили на основании изучения: 1) архитектоники печени; 2) характера изменений в области порталных трактов; 3) внутридольковых изменений; 4) состояния гепатоцитов. При микроскопическом изучении печени отсутствовали, как правило, изменения ее долькового и балочного строения; только в одном случае отмечена смазанность рисунка и неразличимость строения. Портальные тракты обычной формы, не расширены, пограничная пластинка цела; клеточной инфильтрации, как и изменений желчных протоков не встречалось. Внутридольковые изменения не выражены - отсутствовал перивенулярный и синусоидальный фиброз и воспаление, редко выявлялось расширение перисинусоидальных пространств и их отек (10%). Гепатоциты обычной формы и размеров; их ядра имели четкие контуры, обычную форму и размеры, внутриядерные включения отсутствовали, при этом окраска ядер носила неравномерный (60%)

или равномерный характер (30,0%), иногда вообще отсутствовала (10%). Цитоплазма гепатоцитов мутная в 40% случаев, зернистая (15%); в ней выявлялись единичные (25%) или в небольшом количестве, редко местами капли жира (75%), мелкокапельного (75%), крупно-капельного (10%) и смешанного характера характера (15%). Гидропической, баллонной, пенистой дистрофии и др. не отмечено. Центральные вены, межбалочные вены и артерии с обычным просветом, редко расширены (10%), стенки не изменены, полнокровны (90%) или умеренно полнокровны (10%).

Основную массу этой группы наблюдений составили мужчины (80%) зрелого (30-40 лет) и среднего (40-50 лет) возрастов: соответственно 25% и 43,8%. Доля лиц от 50 до 60 лет - 18,8% случаев, а лиц старше 60 лет - 6,2% (1 наблюдение). В одном случае зарегистрирована смерть лица до 30 лет (6,2%). Среди женщин отравления со смертельным исходом зарегистрированы в 20% случаев и пришлись на среднюю возрастную группу (40-50 лет) – 50% и на лиц от 50 до 60 лет – 25%. В одном случае (25%) отмечена смерть женщины в возрасте старше 60 лет.

Трупы были обнаружены на улице в 25%, также часто доставлялись из дома (35%), общественных мест и больниц (40%). Смерть наступала в подавляющем большинстве наблюдений ночью с 0 до 6 часов и в вечернее время (с 16 до 24 часов). Указание на употребление накануне смерти спиртных напитков имелось в 60% наблюдений, на алкогольный анамнез - в 5%.

Анализ результатов судебно-химического исследования на этиловый алкоголь (бедренная вена) показал колебания концентрации этанола в крови от 3,2 промилле до 5,5 промилле. В восьми случаях она соответствовала цифровым значениям от 3 до 4 промилле (40%). В 9 случаях (45%) концентрация алкоголя колебалась от 4 до 5 промилле, у трех погибших (15%) - от 5 до 6 промилле. Среднее значение по группе содержания алкоголя в крови по группе составило $4,28 \pm 0,16$ промилле. Основная масса погибших (80%) находилась в момент смерти в стадии элиминации; в 4-х случаях из-за отсутствия мочи судить о фазе утилизации этанола не представлялось возможным.

Исходя из многочисленных литературных сведений о различии содержания этанола в крови из разных отделов сосудистого русла одного и того же трупа [1, 5, 8, 10, 11] нами проведено судебно-химическое исследование на алкоголь крови бедренной, нижней полой и воротной венах, в правом и левом отделах сердца, а также в моче (таблица 1).

Таблица 1.

Концентрация этанола в различных отделах сосудистого русла, сердца и в мочевом пузыре

Концентрация этанола (в промилле)						
Объект исследования	Бедренная вена	Воротная вена	Нижняя полая вена	Правые отделы сердца	Левые отделы сердца	Моча
M±m	$4,28 \pm 0,16$	$4,84 \pm 0,16$	$4,34 \pm 0,17$	$4,22 \pm 0,18$	$3,98 \pm 0,18$	$5,15 \pm 0,26$

Как видно из таблицы, исследуемые случаи объединяют результаты в виде стати-

стически достоверного уменьшения ($P < 0,05$) концентрации этанола после прохождения через печень, т. е. в нижней полой вене, по сравнению с воротной, и отсутствие превышения концентрации этанола в правых отделах сердца в сравнении с таковой в нижней полой вене, что свидетельствует об отсутствии нарушения обезвреживающей функции и способности печени утилизировать алкоголь.

Для оценки компенсаторных возможностей печени произведены измерения ряда параметров печени, в том числе воротной и селезеночной вен, с целью выявления косвенных признаков портальной гипертензии (таблица 2), а также подсчет количества видимых на разрезе правой доли печени сосудов разного калибра (таблица 3) для оценки характера печеночного кровообращения.

Таблица 2.

Некоторые параметры печени, воротной и селезеночной вен (в см) для косвенной оценки признаков наличия портальной гипертензии

Исследуемый параметр	Ширина печени справа налево	Длина от заднего до переднего края	Длина селезенки	Диаметр воротной вены	Диаметр селезеночной вены	Наличие варикозно расширенных вен (локализация, степень)
$M \pm m$	$24,98 \pm 0,53$	$17,8 \pm 0,69$	$10,63 \pm 0,59$	$0,9 \pm 0,02$	$0,69 \pm 0,01$	не отмечено

Как видно из таблицы, ширина печени справа налево составила $24,98 \pm 0,53$ (норма = 23-27 см), длина от переднего до заднего края - $17,8 \pm 0,69$ (норма = 10-21 см), длина селезенки - $10,63 \pm 0,59$ (норма = 10-12 см), т.е. все показатели находятся в пределах нормы, но ближе к ее средним значениям. Диаметр воротной и селезеночной вен был также в пределах нормы - $0,9 \pm 0,02$ (норма = 0,8-1,4 см) и $0,69 \pm 0,01$ (норма = 0,6-0,7 см) соответственно. Ни в одном случае не отмечено признаков варикозного расширения сосудов пищевода, желудка, кишечника.

Таблица 3.

Количество кровеносных сосудов на разрезе печени

Тип сосуда	Количество		
	крупные сосуды	сосуды среднего калибра	мелкие сосуды
$M \pm m$	$2,3 \pm 0,18$	$3,6 \pm 0,33$	$6,5 \pm 0,61$

Оценку характера печеночного кровообращения производили косвенно на основании подсчета количества и степени калибра видимых сосудов на разрезах печени. В данной группе наблюдений преобладают сосуды мелкого калибра в сравнении сосудами среднего ($P < 0,001$) и крупного калибра ($P < 0,001$).

Проведен анализ данных наружного и внутреннего исследования случаев смерти от острого отравления этанолом. Следует отметить, что частота встречаемости макроскопических признаков острого отравления на фоне адаптивной гепатопатии печени значительно варьирует: разлитые, выраженные и интенсивные трупные пятна выявлялись в 92,8% случаев, на их фоне - точечные экхимозы (14,3%). В большом процентном соотношении отмечали одутловатость (50%) и синюшность лица (42,9%). Не менее часто регистрировали расширение, полнокровие сосудов (64,3%) и экхимозы в конъюнктиве век (21,4%). Расширение зрачков наблюдали в 7,1%. У части погибших выявляли кровавистые выделения (14,3%) и слизистое содержимое (14,3%) в отверстиях носа. Непроизвольную дефекацию наблюдали в 21,4% случаев. Другие признаки, описанных в литературных источниках, в том числе, свидетельствующие о злоупотреблении и хронической интоксикации этанолом, нам не встретились.

При анализе макроскопических внутренних изменений также выявляется различная степень частоты встречаемости характерных признаков. Результаты исследований показывают, что из всех перечисленных признаков наибольшая частота встречаемости характерна для следующих признаков: множественные кровоизлияния в слизистую желудка (100%), тонкого кишечника (78,6%), под плевру легких (78,6%) и слизистую мочевыводящих путей (71,4%); гиперемия слизистой верхних дыхательных путей (71,4%) и скопление повышенного количества слизи (57,1%); переполнение мочевого пузыря (71,4%), жидкое состояние крови в полостях сердца (85,7%); запах алкоголя от полостей и органов (64,3%); обесцвеченное содержимое в начальном отделе тонкого кишечника (50%). Другие признаки имели меньшую степень выраженности: отек головного мозга и мягкой мозговой оболочки – 35,7%, сосудистых сплетений с повышением и розоватым окрашиванием ликвора в них - 28,6%; смешанное состояние крови в полостях сердца (14,3%), отек стенки желчного пузыря (35,7%), его ложа и фатерова соска (7,1%), переполнение желчного пузыря (21,4%); кровоизлияния под капсулу поджелудочной железы (14,2%), другой локализации (7,1%). Не встречали кровоизлияния под эпикард, в надпочечник. Не зарегистрировано панкреонекроза.

Изучены характер и частота встречаемости патогистологических микроскопических признаков, обнаруженных в случаях отравлений этанолом: отмечается резкое полнокровие (100%) и паренхиматозная дистрофия внутренних органов (53,8%); очаговые кровоизлияния в ткань легких (38,5%), плазматическое пропитывание стенок сосудов (30,8%) и внутриклеточный отек кардиомиоцитов (30,7%); очаговый отек легких (23%), очаговые кровоизлияния под мягкой мозговой оболочкой (21,4%) и в ткань поджелудочной железы (15,3%); дистония и парез (15,4%), стазы, сладжи эритроцитов, микротромбы в сосудах (7,7%).

На секции и при судебно-гистологическом исследовании внутренних органов в исследуемом материале выявляли признаки хронической алкоголизации в виде начальной стадии алкогольной кардиомиопатии (15%), слабо выраженного липоматоза и склероза (15%) поджелудочной железы, склероза мягкой мозговой оболочки (10%).

С учетом изложенного, можно сделать вывод, что для адаптивной гепатопатии характерно сохранение морфофункциональной структуры печени, детоксикационной функции и компенсаторных возможностей. Отравление этанолом у лиц с адаптивной гепатопатией наступало при содержании его в крови от 3,2 до 5,5 промилле (средний показатель по группе – $4,28 \pm 0,16$ промилле). Более низкие значения содержания этанола в крови наблюдались у лиц с отсутствующей или единичной жировой мелкокапельной вакуолизацией гепатоцитов. У этих же лиц отсутствовали признаки хронической алкоголизации или имели слабую степень выраженности, что в совокупности может свидетельствовать о возможно пониженной толерантности этих лиц к алкоголю с учетом катамнеза (в 95% случаев не имелось указание на периодический или длительный прием алкоголя), а также рассматривать адаптивную гепатопатию как самостоятельную и раннюю (начальную) форму алкогольного поражения печени и как маркер пониженной резистентности к алкоголю. Характер и степень выраженности макро- и микроскопических признаков отравления алкоголем у этих лиц свидетельствует о быстром темпе наступления смерти, обусловленного по видимому общетоксическими эффектами этанола и его метаболитами и развитием угнетения центральной нервной системы или поражения сердечно-сосудистого и дыхательного центров продолговатого мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурочкин Ю.Д. Изучение концентрации этанола в различных отделах сосудистой системы трупа // Судебно-медицинская экспертиза. - 1987. - №1. - С. 39-40.
2. Меденцев А.А. Морфофункциональная характеристика печени и почек при остром отравлении этанолом, этиленгликолем, уксусной кислотой в эксперименте с учетом уровня общей неспецифической резистентности организма: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 1999. - 21 с.
3. Морозов Ю.Е. Гистохимические маркеры алкогольной интоксикации в ткани головного мозга и их судебно-медицинское значение. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 2002. - 32 с.
4. Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н., Богомоллов Д.В. Судебно-медицинская диагностика отравлений спиртами. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. - 576 с.
5. Породенко В.А. Состояние этанолаксилирующих ферментных систем при смертельных отравлениях этанолом // Судебно-медицинская экспертиза. - 1997. - № 4. - С. 15-18.
6. Породенко В.А. О значении морфофункционального состояния печени в диагностике смертельных алкогольных интоксикаций этанолом // Судебно-медицинская экспертиза. - 1997. - № 4. - С. 22-24.
7. Породенко В.А., Панкратова А.А. Значение гемодинамики печени для диагностики хронического алкоголизма // Судебно-медицинская экспертиза. - 2002. - № 3. - С. 41-44.
8. Томилин В.В., Саломатин Е.М. Современное состояние и перспективы развития химико-токсикологических (судебно-химических) исследований в Российской Федерации // Судебно-медицинская экспертиза. - 2001. - №3. - С.28-33.
9. Хохлов В.В. Экспертиза отравлений этанолом и его суррогатами (практическое пособие). Смоленск. - 2008. - 111 с.

10. Mebs D, May V. Weitere Studien zur postmortalen Alkohol-bildung Further Studies on postmortalen Alkohol Formation // Blutalkohol.-1980.- Bd. 17. -3.-S.207-231.

11. Trela F.M. Studies on the distribution in human bodu in forensic aspect // Blutalkohol.-1989.- Sep 26(5). - S.305-318.

Ю.А. Хрусталева

ПОЛНАЯ ПРИЧИНА И СЛЕДСТВИЕ

*Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
ФГУ ВПО ВМА имени С.М. Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург*

Категорию «причина и следствие» ученые в философии и логике используют для исследования и объяснения различных проблем мироздания. Исследователи в биологии, медицине, экономике, физике и других науках применяют понятия причинности для пояснения процессов и явлений. Несмотря на наличие разных задач, употребляемые понятия должны быть едины для всех дисциплин. Определения этих понятий следует формулировать таким образом, чтобы отражался понятийный аппарат области определенных знаний используемых в конкретных науках [3].

В философии и логике существует понятие полной причины: совокупность всех обстоятельств, факторов, при которых данное следствие наступает с необходимостью [1-4]. Существование такого термина в основополагающих дисциплинах категории причинности предполагает его наличие и в судебной медицине. В экспертной практике трактовка используемых понятий должна быть выражена языком медицинских терминов.

Для судебно-медицинской травматологии при получении пострадавшим травмы, заканчивающейся летальным исходом, интерпретация представления о полной причине может быть следующей.

Полная причина – совокупность всех факторов, приводящих к летальному исходу (проявлению (-ям), осложнению (-ям) травмы в организме (его части (-ях))).

Кроме того, в философии и логике существует понятие неполной причины. Для судебной медицины такая причина может быть представлена, как потенциальная причина, при этом трактовка определения может быть следующей.

Неполная причина (потенциальная причина) – такие изменения в организме, при которых, повреждение (-ия), посттравматический (-ие) патологический (-ие) процесс (-ы) и состояние (-я) самостоятельно без дополнительных факторов (прочего (-их) повреждения (-ий), и (или) посттравматического (-их) патологического (-их) процесса (-ов) и состояния (-ий) и (или) условия (-й)) не приводит (-ят) к летальному исходу (проявлению (-ям), осложнению (-ям) травмы в организме (его части (-ях))); морфологическому (-им) изменению (-ям) органов и тканей).

По количеству частей, образующих следствие полная причина, может быть: простой и сложной.

Полная простая – состоящая из одного компонента, приводящего к летальному исходу (проявлению (-ям), осложнению (-ям) травмы в организме (его части (-ях))).

Полная сложная – состоящая из совокупности компонентов, приводящих к летальному исходу (проявлению (-ям), осложнению (-ям) травмы в организме (его части (-ях))).

Виды полной простой причины.

Состоящая из повреждения, приводящего к летальному исходу (проявлению (-ям), осложнению (-ям) травмы в организме (его части (-ях))).

Состоящая из проявления травмы, приводящего к летальному исходу (прочему (-им) проявлению (-ям), осложнению (-ям) травмы в организме (его части (-ях))).

Состоящая из осложнения травмы, приводящего к летальному исходу (прочему осложнению (-ям) травмы в организме (его части (-ях))).

Сложная полная причина по сочетанию частей, образующих следствие может подразделяться следующим образом:

а) сочетание одновидовых компонентов (посттравматических изменений), например:

Состоящая из сочетания повреждений, которые вызывают летальный исход (проявление (-ия), осложнение (-ия) травмы в организме (его части (-ях))) в своей совокупности.

Состоящая из сочетания повреждения (-й) и проявления (-ий) и (или) осложнения (-ий) травмы, совокупность которых вызывает летальный исход (прочее (-ие) проявление (-ия), и (или) осложнение (-ия) травмы в организме (его части (-ях))).

б) сочетание разнородных компонентов (посттравматических изменений и условий), например:

Состоящая из повреждения (-ий) самостоятельно не приводящего (-их) к летальному исходу (осложнению (-ям) травмы; морфологическому (-им) изменению (-ям) органов и тканей) и условия (-ий) благодаря которому (-ым), данное повреждение (-ия) в совокупности с ним (-ними) приводит к летальному исходу (осложнению (-ям) травмы в организме (его части (-ях))); морфологическому (-им) изменению (-ям) органов и тканей).

в) сочетание одно и разнородных компонентов:

Состоящая из совокупности - различных сочетаний одно и разнородных компонентов - приводящая в таком симбиозе к летальному исходу (проявлению (-ям), осложнению (-ям) травмы в организме (его части (-ях))).

Согласно представлениям, имеющимся в философии и логике, образование следствия может быть только от полной причины.

Таким образом, только нахождение полной причины позволит экспертам правильно определять вызванное этой причиной следствие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев П.В. Философия.- 3-е изд., перер. и доп./ П.В. Алексеев, А.В. Панин. – М.: ПБОЮЛ, 2000. – 608 с.
2. Ивин А.А. Практическая логика: учебное пособие / А.А. Ивин. – М.: ФАИР – ПРЕСС, 2002. – 288 с.
3. Спиркин А.Г. Основы философии: учебное пособие для вузов / А.Г. Спиркин. – М.: Политиздат, 1988. – 592 с.
4. Спиркин А.Г. Философия: учебник. – 2-е изд. / А.Г. Спиркин. – М.: Гардарики, 2002. – 736 с.

М.А. Чистова, А.П. Божченко
**ПРОБЛЕМА УСТАНОВЛЕНИЯ СКОРОСТИ ДВИЖЕНИЯ АВТОМОБИЛЯ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
ФГУ ВПО ВМА имени С.М. Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург*

Известно, что в последние годы количество дорожно-транспортных происшествий неуклонно возрастает. По данным ГИБДД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области это увеличение составляет около 20% по сравнению с данными трехлетней давности. В нашей стране это можно связать с увеличением количества автомобилей на дорогах, управлением автомобилями лицами с недостаточными навыками вождения, отсутствием так называемой «культуры вождения» (в отличие от европейских стран), несоблюдением правил дорожного движения всеми его участниками (пешеходами, водителями автотранспорта, велосипедистами), нередким их нахождением в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

Согласно ст. 264 УК РФ, водитель является виновным в ДТП, если причинение повреждений пешеходам, пассажирам или другим водителям возникло именно вследствие несоблюдения им правил дорожного движения. А одной из причин дорожно-транспортных происшествий является нарушение водителем скоростного режима – превышение допустимой скорости движения на дороге. Таким образом, при расследовании причин ДТП одним из основных вопросов, подлежащих разрешению, является установление скорости движения автомобиля в момент происшествия.

Установление скорости движения автомобиля традиционно является прерогативой экспертов-криминалистов и производится в рамках автотехнической экспертизы. При этом экспертной оценке подвергаются следы на месте происшествия, возникающие при торможении транспортного средства. При их отсутствии решение вопроса о скорости движения автомобиля, как правило, «не представляется возможным». А известно, что подавляющее большинство современных легковых автомобилей оборудовано антиблокировочной системой, при действии которой следы торможения будут отсутствовать на любом дорожном покрытии. Даже при наличии на автомобиле повреждений от столкновения с преградой, этот вопрос не решается ввиду «отсутствия утвержденных методик» для оценки силы, их причинившей.

Различным вопросам автомобильной травмы в аспекте судебно-медицинской экспертизы посвящено множество трудов. Однако ставшие уже «классическими» работы А.А. Матышева, А.А. Солохина и др. в большей мере содержат сведения о виде и механизме образования повреждений у пострадавших в зависимости от вида автомобильной травмы, практически не учитывая особенности конструкции автомобилей и скорость их движения.

И все же установление скорости автомобиля представляется возможным и в рамках судебно-медицинской экспертизы, исходя из объема полученной пострадавшими травмы. Согласно законам физики, скорость автомобиля связана с его массой и кинетической энергией. Таким образом, зная, какая энергия необходима для причинения определенного объема повреждений, учитывая массу транспортного средства, возможно вычислить его скорость. А сведения о силе, приводящей к различным видам повреждений мягких тканей и костей, имеются в различных, в том числе экспериментальных работах,

посвященных биомеханическим аспектам травмы. (А.П. Громов, В.Н. Крюков, Ю.А. Моллин). Формулы для таких вычислений приведены в монографии В.К. Стешица «Судебно-медицинская экспертиза при дорожно-транспортных происшествиях» (Минск, Изд-во «Беларусь», 1976). В ней же имеются данные о повреждениях, характерных для пешехода либо пострадавшего в салоне автомобиля в зависимости от скорости движения автомобиля и его марки.

Однако многие из приведенных в указанной монографии данные можно считать устаревшими. Современные автомобили имеют иные конфигурацию и размеры как передней части (бампер, капот, фары и т. д.), так и интерьера салона (в т. ч. количество педалей, подушки безопасности и др.). А результаты математических вычислений по указанным формулам, судя по получаемым результатам, не всегда соответствуют данным отдельных комплексных исследований при автотехнической экспертизе – при наличии тормозного следа, зафиксированной «радаром» скорости движения автомобиля и др. По-видимому, это связано с тем, что в формуле не учитываются такие параметры, как амортизация удара одеждой, особенности телосложения человека (его рост), фазность травмирования пешехода или находящегося в салоне человека.

Таким образом, представляется актуальным исследование проблемы установления скорости автомобиля по повреждениям у пострадавших в результате ДТП с учетом особенностей современных автомобилей, а также указанных выше иных параметров.

Ю.П. Панчук, Д.Л. Мироненко, К.В. Бородкин
**К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
 ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

*Кафедра судебной медицины (зав. – проф. И.А. Толмачев)
 ФГУ ВПО ВМА имени С.М. Кирова МО РФ, г. Санкт-Петербург*

Несмотря на широкое освещение в судебно-медицинской литературе вопросов, связанных с огнестрельной травмой, до сих пор еще существуют не совсем ясные разделы этой обширной темы. К их числу, например, относятся вопросы, связанные с различными эргометрическими условиями следообразования огнестрельных повреждений.

В рамках эксперимента определяли особенности огнестрельных повреждений на кожных лоскутах, причиненные из пистолета Макарова 9,0-мм штатными патронами старого образца и новыми 9,0-мм патронами правоохранительных органов (ППО). Главной отличительной особенностью данного патрона ППО является оживальная конусообразная форма пули с плоской концевой частью. Сравнивая энергетические параметры пуль данных патронов, следует подчеркнуть их практическое сходство.

Особенности пулевых повреждений изучали на кожных лоскутах. Выстрелы проводили с расстояния 2,5 метра.

В результате проведенного исследования установлено, что огнестрельные повреждения, причиненные данными образцами пуль, сопровождались во всех опытах образованием дефекта ткани. Входные огнестрельные повреждения, причиненные пулями патронов старого образца со средней скоростью 310,5 м/с имели эллипсоидную, овальную форму размерами 0,72x1,19 см, в центре которого был расположен эллипсоидный дефект размерами 0,4-0,6x0,8-1,0 см. Площадь дефекта ткани составила в среднем 0,46

см². Ширина, выраженность пояска осаднения и разрывы эпидермиса были незначительны - 0,35 мм. Образовавшиеся стенки раневого канала были конусовидно скошены, умеренно загрязнены копотью. В случае огнестрельных повреждений, причиненных пулями патронов правоохранительных органов со средней скоростью 316,2 м/с, повреждения имели округлую форму размерами 0,8-1,0x1,3-1,5 см, в центре которого был расположен круглый, в некоторых случаях четырехугольный дефект размерами 0,5-0,8x1,1-1,2 см, площадью 0,71 см². Повреждения сопровождались образованием ярко выраженного, четкого пояска осаднения. Поясок осаднения шириной до 0,12 мм был интенсивно окрашен в темно-серый цвет (поясок загрязнения). Кроме этого края огнестрельного повреждения имели разрывы эпидермиса длиной до 0,25 см.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что огнестрельные повреждения причиненные пулями одного диаметра существенно отличаются друг от друга и обусловлено это в первую очередь влиянием на процесс слеодообразования такого свойства пули как форма головной части пули. Знание данных морфометрических особенностей необходимо учитывать в экспертной практике, особенно в тех случаях, когда требуется проводить дифференциальную диагностику, а также в перспективе решать вопросы о поражающей энергии, скорости огнестрельного снаряда, определения расстояния выстрела и др.

М.В. Насонова, М.В. Корнилова, И.А. Дубровин, А.А. Бычков

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В Г.ТВЕРИ ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В 2009 г.

*Кафедра судебной медицины (зав.-чл.-корр. РАМН проф. Ю.И. Пиголкин)
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва*

В последние десятилетия отмечается значительный рост механической травмы среди взрослого населения. В то же время в доступной литературе отсутствуют достаточные сведения об эпидемиологии и характеристике таких повреждений. Знание особенностей повреждений челюстно-лицевой области, в т. ч. и с судебно-медицинской точки зрения, способствует повышению качества оказания помощи данной категории больных

Целью данной работы было изучение характера, особенностей и распространенности повреждений челюстно-лицевой области (ЧЛО) в г. Твери в 2009 г. по данным обращений в Тверское областное бюро судебно-медицинской экспертизы (ТОБСМЭ).

Задачи исследования

1) изучить все случаи обращений в ТОБСМЭ за 2009 г.; 2) проанализировать характер повреждений ЧЛО; 3) выявить основные причины травм ЧЛО; 4) дать эпидемиологическую оценку повреждений ЧЛО.

Материалы и методы исследования

Материалом настоящего исследования послужили судебно-медицинские экспертизы (освидетельствования) пострадавших, обратившихся в отдел экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц в ТОБСМЭ г. Твери в 2009 году по поводу телесных повреждений, из общего числа которых (957) методом сплошной выборки отобрано 504 (52,7%) случая изолированных и сочетанных повреждений челюстно-лицевой области.

В работе применялись визуальный, аналитический, сравнительный и индуктивный методы.

Результаты исследования

За прошедший 2009 год в Тверское областное бюро судебно-медицинской экспертизы по поводу телесных повреждений обратились 957 человек, из них 504 (52,7%) имели повреждения челюстно-лицевой области. Изолированные повреждения данной области имелись у 196 (38,9%) лиц, сочетанные - у 308 (61,1%) обратившихся (рис. 1).

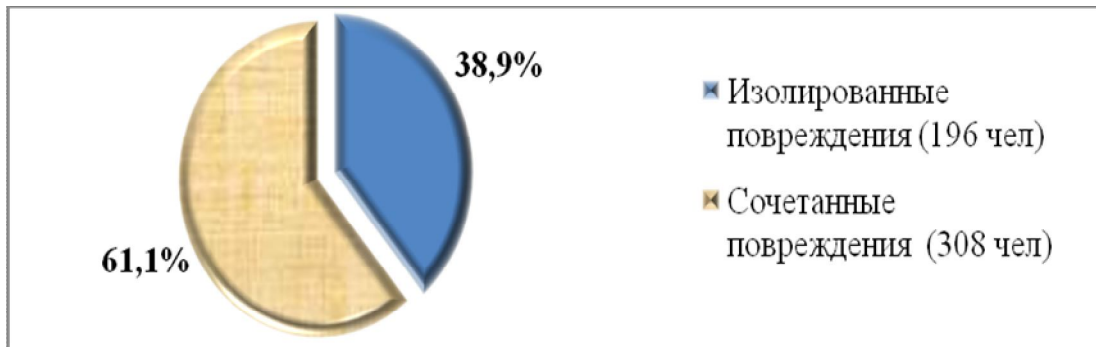


Рис. 1. Характеристика повреждений челюстно-лицевой области.

Пострадавшими в этих наблюдениях были мужчины (327 – 64,9%) и женщины (177 – 35,1%) в возрасте от 1 до 90 лет. Обращает на себя внимание факт значительного преобладания случаев повреждений с данной локализацией у мужчин. Средний возраст потерпевших составил 34,6 года. Наиболее часто повреждения наблюдались у лиц молодого возраста (369 - 74,4%), реже – в зрелом возрасте (88 - 17,7%) и у лиц старше 60 лет (39 – 7,9 %) (рис. 2).

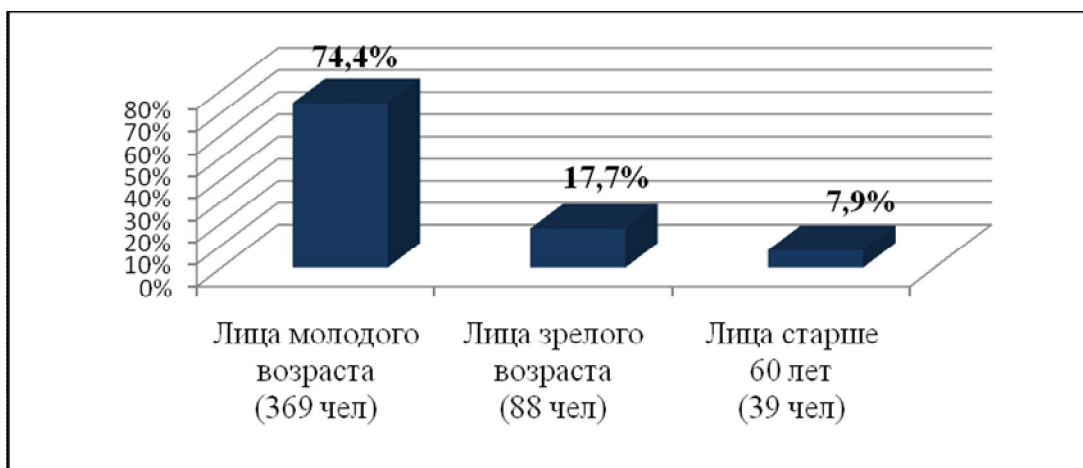


Рис. 2. Возрастной состав потерпевших.

Причины возникновения повреждений ЧЛО распределялись следующим образом: преобладали уличный (49,1%) и бытовой травматизм (40,7%); транспортный составил 8,4%, военный - 1%, производственный - 0,8% (рис. 3).

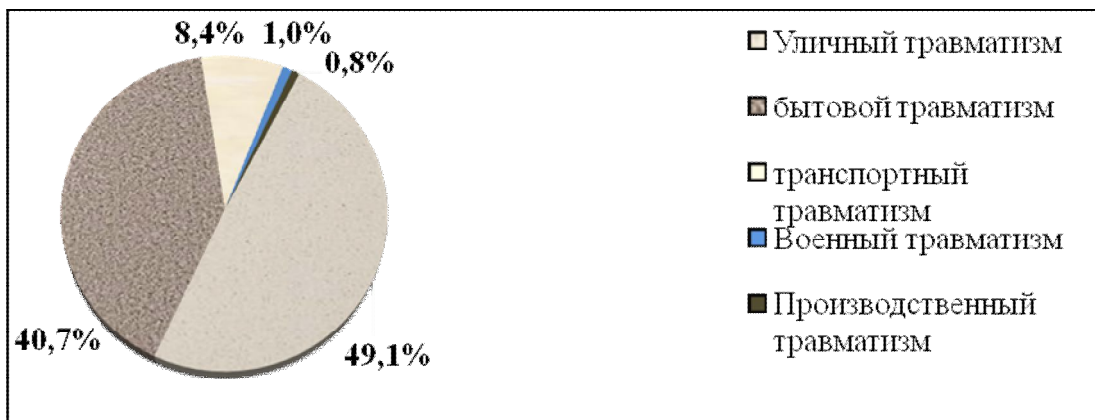


Рис. 3. Причины возникновения повреждений ЧЛО.

При проведении исследований было обнаружено, что повреждения мягких тканей лица имелись у 96% лиц, а повреждения костей лицевого скелета у 60 (11,9%) пострадавших. В соответствии с принципами судебно-медицинской классификации повреждения мягких тканей лица были разделены на следующие группы: 1) изгладимые повреждения (943 - 81,8%) – ссадины (37,5%), кровоподтеки (62,5%) (рис. 4); 2) неизгладимые повреждения (210 - 18,2%) (рис. 5), среди которых преобладали ушибленные раны (77,6%), реже встречались резаные раны (13,3%), ожоги (2,3%) и раны другого происхождения (6,8%).

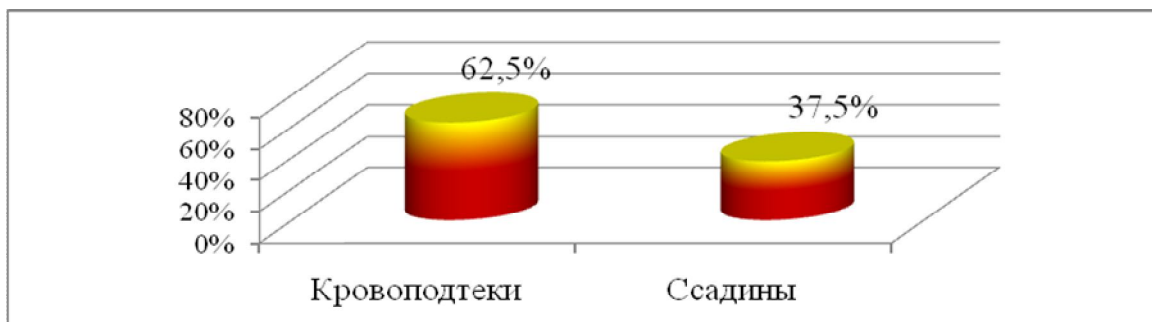


Рис. 4. Структура изгладимых повреждений ЧЛО.

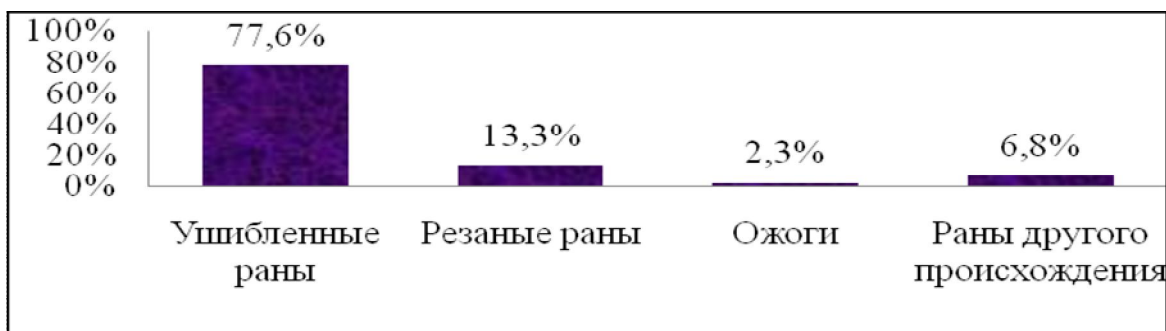


Рис. 5. Структура неизгладимых повреждений ЧЛО.

С закрытой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) сочетались 29,3% повреждений мягких тканей лица. У 57(38,8%) пострадавших с неизгладимыми повреждениями потребовалось наложение швов. Наиболее часто повреждения мягких тканей ЧЛО локализовались в параорбитальной области, области лба, носа, полости рта. Среди рентгенологически подтвержденных переломов костей лицевого черепа (59) оперативное лечение потребовалось в 15 случаях (25,4%).

Повреждения зубов составили 3,4% среди челюстно-лицевой травмы.

Сочетание повреждений лицевого черепа и ран наблюдалось у 16 пострадавших (27,1%), повреждений лицевого черепа и закрытой ЧМТ - у 29 (49,2%) пострадавших.

Выводы: Представленный материал показывает, что наиболее часто повреждения челюстно-лицевой области причиняются мужчинам среднего возраста в условиях уличного травматизма. Среди травм с данной локализацией преобладают изгладимые повреждения - ссадины и кровоподтеки без повреждения лицевого скелета и черепно-мозговых травм. Среди неизгладимых повреждений преобладают ушибленные раны, локализующиеся в параорбитальной области, области лба, носа, полости рта. В 38,8% случаев неизгладимых повреждений потребовалось соответствующее косметологическое лечение. Указанные сведения представляют несомненный интерес не только для судебных медиков, но и для травматологов и челюстно-лицевых хирургов.

А.В. Шестаков

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПА

Кафедра судебной медицины (зав.- доцент Д.П. Березовский)

РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Сахарный диабет (СД) — это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов [1].

Поиск путей снижения летальности от осложнений сахарного диабета, включая острые терминальные состояния, является постоянным стимулом для анализа летальных исходов с учетом новых возможностей современных методов лечения и представляет собой актуальную проблему современной медицины. Судебно-медицинская служба также вынуждена участвовать в этой работе как путем правильной диагностики СД и его осложнений на секции трупа, оценки его роли как фонового заболевания при экспертизе степени тяжести вреда здоровью, так и при экспертизе осложнений, лечения его.

Несомненно, что основными факторами, определяющими исход СД, являются: распространенность поражения инсулярного аппарата поджелудочной железы; адекватность компенсации абсолютной инсулиновой недостаточности; своевременность оказания специализированной медицинской помощи, а также выраженность и степень компенсации сопутствующей патологии: гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, ожирения и др.

Одним из грозных осложнений СД, обычно 2-го типа, является лактатацидемическая кома. Она сопряжена с наибольшей частотой летальных исходов – смертность может достигать 80%. Состояние лактатацидоза констатируется при повышении уровня

молочной кислоты в плазме крови свыше 5 ммоль/л и снижении рН артериальной крови ниже 7,2. Лактатацидемическая кома не является специфическим острым осложнением СД и может развиваться при ряде состояний, при которых отмечаются явления аноксии и шока (инфаркт миокарда, заболевания печени, почек, лейкопения, ферментативные расстройства и другие). СД сам по себе редко приводит к лактатацидозу, хотя раньше отмечались случаи лактатацидоза у больных, получавших терапию бигуанидом фенформином и, в меньшей степени, буформинном, однако при применении другого препарата из группы бигуанидов – метформина – данное осложнение выявляется крайне редко [2].

Симптомы лактатацидоза в основном обусловлены сдвигами кислотно-щелочного состояния. В клинической картине на первый план выступает быстро прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность, ведущая к развитию коллапса, артериальной гипотонии, гипоксии мозга и нарушению сознания. Характерна гипервентиляция, однако дегидратация выражена нерезко. Уровень глюкозы крови может значительно варьировать, и у некоторых пациентов отмечается гипогликемия. Поскольку симптомы лактатацидоза неспецифичны, диагноз лактатацидемической комы должен быть заподозрен у больного СД с гипотензией или в состоянии шока в случае, если выраженность ацидоза не соответствует степени кетоза. Хотя у всех больных с лактатацидозом отмечается некоторое повышение уровня кетоновых тел в крови, при этом он обычно не превышает 1/3 общего содержания органических кислот. Таким образом, диагноз лактатацидемической комы во многом – диагноз исключения. Окончательный диагноз устанавливается на основании определения содержания молочной кислоты в крови [4].

Однако, проводимые в настоящее время ГОУЗ Бюро СМЭ РО судебно-медицинские исследования трупов лиц пожилого возраста, умерших скоропостижно, ни разу не выявляли сахарный диабет как основную патологию, и только единичные случаи выставления его как сопутствующее или фоновое заболевание, при имеющемся медицинской документации [3].

Целесообразно разработать методику, применимую в условиях судебно-биохимического отделения бюро СМЭ по определению содержания молочной кислоты в крови трупа и в стекловидном теле, установить влияние давности наступления смерти на показатели определяемого лактата [5, 6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М.И. Диабетология. – М.: Медицина, 2000.
2. Балаболкин М.И. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний – М.: Медицина, 2002.
3. Богомолов Д.В., Таборов Ю.Г., Баранова М.Я., Богомолова И.Н. Судебно-медицинская экспертиза в случаях внезапной смерти взрослых // Проблемы экспертизы в медицине – 2004. - № 2. - С. 37-43.
4. Бондарь Т.П., Козинец Г.И. Лабораторно-клиническая диагностика сахарного диабета – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 88 с.
5. Кузнецова И.Ю. Возможности и трудности биохимических исследований в судебной медицине // Судеб.-мед. эксперт. – 2004. - № 2. – С. 27-28.
6. Онянов А. М., Ледянкина И.А., Хохлов С.В. Обоснованность выбора стекловидного тела в качестве объекта судебно-медицинских исследований // Судеб.-мед. эксперт. – 2005. – № 4. - С. 12-15.

Г.Х. Романенко, Г.В. Золотенкова
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЕКТОВ
В ПРОЦЕССЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»
В ПЕРВОМ МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА**

*Кафедра судебной медицины (зав. – чл.-корр. РАМН, проф. Ю.И. Пиголкин)
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва*

В настоящий момент связь между современным, качественным образованием и перспективой построения гражданского общества, эффективной экономикой и безопасностью государства очевидна. Объем информации, которой владеет наша цивилизация, удваивается каждые пять лет, поэтому, помимо освоения знаний, не менее важным становится освоение коммуникационных технологий, с помощью которых можно получать, перерабатывать и использовать новую информацию.

Стратегической целью инновационной образовательной программы Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, в настоящее время Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (далее - Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) является приведение системы медицинского и фармацевтического высшего профессионального образования в соответствие с современными требованиями динамично развивающегося рынка труда; создание механизмов устойчивого развития.

Приоритетными задачами программы явились: совершенствование содержания и технологий образования; улучшение материально-технического обеспечения инновационных образовательных, научно-производственных и научно-исследовательских проектов.

Одними из наиболее инновационных проектов, осуществляемых в рамках кафедры судебной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, явилось *создание виртуальной коллекции музея истории медицины и электронной интерактивной библиотеки (медиаотеки) дисциплины «Судебная медицина»*. Цель настоящей разработки проектов - создание оптимальных условий для усвоения студентами знаний, приобретение умений и практических навыков, а также повышение качества преподавания самой дисциплины.

Необходимо особо отметить, что имеющиеся на кафедре судебной медицины музейные экспонаты (муляжи, макро- и микропрепараты) представляют как практическую, так и историческую ценность. Многие экспонаты датированы 19 веком. Музей кафедры судебной медицины был учрежден замечательным учёным, заведующим кафедрой, профессором Дмитрием Егоровичем Минном в 1864 году. В дальнейшем много сил и энергии в развитие музея вложили профессора И.И. Нейдинг и П.А. Минаков. Именно П.А. Минаков привлек к работе в музее талантливого художника-муляжиста С.П. Фивейского. Созданные им муляжи по своему изяществу и поразительному сходству не имеют равных.

Сотрудники кафедры постоянно обращали свое особое внимание на реорганизацию и пополнение музея, как важнейшего учебно-вспомогательного учреждения кафедры. Благодаря постоянному вниманию и заботам сотрудников кафедры, музей к XX столетию был обеспечен всеми необходимыми уникальными по сути и содержанию экспонатами для полноценного преподавания всех разделов медицины, представляя несомненный интерес для повышения качества преподавания и повышения уровня и каче-

ства знаний, умений и навыков обучающихся по преподаваемой дисциплине. Проведенная оцифровка экспонатов из коллекции музея кафедры судебной медицины, с последующим созданием анимационных 3D объектов, как элементов виртуального музея, способствует сохранению экспонатов для будущих поколений, а также обеспечит доступ к ним через Интернет и может активно использоваться в рамках системы дистанционного образования, расширив границы инновационного образовательного пространства.

В этой связи следует отметить, что в современном образовании всё более широко используются возможности создания интерактивной образовательной среды для подготовки специалистов новой формации, способных самостоятельно творчески мыслить, формировать и реализовывать принимаемые решения. Такая парадигма базируется на использовании современных методов и способов обучения, увеличении часов на самостоятельное освоение обучаемыми различных учебных дисциплин, в том числе и дисциплины «Судебная медицина», что, в конечном счете, способствует лучшему усвоению ими изучаемого материала. Активно разрабатываемая и широко внедряемая, в том числе и в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова, система дистанционного обучения (ДО) потребовала совершенствования учебного процесса и оптимального представления и предоставления учебно-методических материалов, используя ресурсы информационных и коммуникационных технологий.

Кроме того, нам было важно создать на кафедре судебной медицины как структурного подразделения академии условия для наиболее полного удовлетворения студентов и преподавателей необходимой им информацией. В этой связи лишь объединение информационных ресурсов на различных носителях (бумажных и/или электронных), имеющихся в собственных фондах, может позволить эффективно решать данную задачу. Создание электронной интерактивной библиотеки (медиатеки) «Судебной медицины» можно считать актуальной инновационной информационной технологией и средой, в которой пользователи могут комфортно и эффективно работать с различными информационными ресурсами. Медиатека — это организованный набор информационных объектов, построенный с использованием современных мультимедиа-технологий, это система, предоставляющая уникальные возможности для реализации творческих инициатив обучаемого и обучающегося. Использование электронных информационных объектов активизирует образное мышление обучающихся, значительно повышает их интерес к изучаемому предмету и создает все условия для наиболее полной реализации принципа личностно-ориентированного обучения.

Медиатека дисциплины «Судебная медицина» предназначена для обучающихся медицинских вузов на этапах додипломного и последипломного образования и включает в себя структуру, содержащую: рабочие программы дисциплины «Судебная медицина» для специальностей «лечебное дело», «медико-профилактическое дело», «стоматология». Кроме того, в медиатеку дисциплины включены основные (учебники по судебной медицине) и дополнительные литературные источники (атлас по судебной медицине, учебные пособия, в том числе и для практических занятий, методические рекомендации, варианты тестового контроля и примерные ситуационные задачи). Создание медиатеки рассматривается коллективом кафедры как один из этапов разработки интерактивного учебно-методического комплекса.

Ни для кого не секрет, что практические судебно-медицинские эксперты, особенно региональные, работают с использованием устаревших методик, при этом зачастую не имеющие возможности не только применить, но и узнать о современных научно-исследовательских разработках в различных направлениях судебной медицины, значительно повышающих качество выполняемых судебно-медицинских экспертиз. Построение системы дистанционного обучения (ДО) позволит сделать послевузовское обучение и профессиональное развитие действительно непрерывным, и работники практического здравоохранения смогут получать новейшую информацию, подготовленную и структурированную в крупном учебном заведении. Появится прямой канал связи «академический центр – практический эксперт». Этот же канал может быть использован и для других целей, например, телемедицинских консультаций.

Таким образом, виртуальная коллекция музея кафедры судебной медицины Первого МГМУ и И.М. Сеченова и медиатека дисциплины «Судебная медицина», представляя собой интерактивную среду подготовки высококвалифицированных специалистов, позволяют своим пользователям (студентам и врачам на этапе последипломного образования) комфортно и эффективно овладевать новыми информационными технологиями, современными техническими средствами информатизации с целью получения новых знаний, самосовершенствования изучаемой дисциплины.

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

С.А. Ануприенко, Е.Д. Ионова

ЭТИЧЕСКИЕ И МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КРИТЕРИЯ «СМЕРТЬ МОЗГА»

Кафедра судебной медицины (зав. - проф. В.А. Пороженко) КубГМУ, г. Краснодар

19 апреля 1993 года Тришу Маршалл убили выстрелом в голову. На следующий день врачи констатировали «смерть мозга». Убитая женщина находилась на 17 неделе беременности. Однако, ее родители и муж, отец будущего ребенка, потребовали от врачей невозможного – приложить все усилия и спасти плод. Стоимость искусственной поддержки «живого трупа» Триши Маршалл составляла порядка 200 000\$, плюс такая же сумма, для того, чтобы выходить будущего новорожденного. Три с половиной месяца сердце Триши Маршалл продолжало биться, а грудная клетка – вдыхать и выдыхать воздух. Три с половиной месяца медицинский персонал ухаживал за мертвым телом и, наконец, 3 августа с помощью кесарева сечения ребенок появился на свет. Он был здоров. После трех с половиной недель в палате интенсивной терапии для новорожденных, Дариус Маршалл отправился домой вместе с бабушкой и дедушкой. А мертвое тело его матери отключили от аппаратов искусственной поддержки тогда же, 3 августа, в день и час его рождения. Случай рождения ребенка спустя четыре месяца после смерти матери на-

звали чудом современной медицины [4]. И тут же в голове каждого возникает много вопросов: А можно ли назвать Тришу Маршал, которая в своем теле хоть и с помощью врачей выходила ребенка, трупом? Стоит ли тогда использовать только критерий «смерть мозга» для определения смерти человека? Эти и многие вопросы, которые стали актуальны именно сейчас в эпоху развития трансплантологии и реаниматологии, касаются недавно родившегося критерия «смерть мозга».

Исторически критериями смерти считалось отсутствие самостоятельной деятельности двух систем организма: дыхательной и сердечной. Сегодня к традиционным, историческим критериям добавился еще один – «смерть мозга». Рождению нового критерия предшествовали некоторые предпосылки.

Профессор И.В. Силуянова [5] констатирует, что формирование понятия «смерти мозга» происходит под влиянием целей и задач трансплантологии. Ведь уже в 60-х годах использовались органы, взятые у трупа. Но если почки и отдельные ткани можно было пересаживать, то трупные сердце, легкие, печень, селезенка оказались непригодны. Возникла острая необходимость в источниках органов от трупа. Медицина стала перед острой задачей, - либо найти возможность создания искусственных органов, либо пересмотреть критерии «существования трупа», т. е. базовые признаки, по которым врач вправе констатировать смерть человека, и, следовательно, изымать органы, не опасаясь быть обвиненным в преднамеренном убийстве человека.

П.Д. Тищенко [2] отмечает, что введение нового критерия обусловлено, как необходимостью сделать возможным прекращение бессмысленного лечения пациентов со «смертью мозга», так и появлением, медицинских, юридических и моральных оснований забора органов используемых при трансплантологии. К этим предпосылкам присоединяются и такие прорывы в области реаниматологии как аппараты «искусственного кровообращения» и ИВЛ, которые сделали возможным относительно долго поддерживать тело пациента в «подвешенном» терминальном состоянии. Акт смерти превращается, таким образом, в процесс умирания, зависимый от решения врача, что налагает на современную медицину качественно новую ответственность.

Критерий «смерти мозга» формировался постепенно. В 1959 году французы Моллар и Гулон [4] описали состояние запредельной комы «coma de passe», то, что впоследствии и стало называться «смертью мозга».

В 1968 г. были разработаны Гарвардские критерии смерти мозга, которые были в том же году подтверждены и несколько уточнены Сиднейской декларацией. В 1981 году Президентская комиссия США по этическим проблемам в медицине определила критерий и порядок установления смерти, в том числе и на основании «необратимого прекращения всех функций всего мозга».

В СССР соответствующие документы были утверждены Минздравом в 1984 г. (временная инструкция) и в 1987 г. (постоянная инструкция), в РФ в 1993 г. В настоящее время действует Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга, утвержденная приказом МЗ РФ № 460 от 20.12.2001 г., основные критерии констатации приведены на слайде. Подобные документы есть сейчас в большинстве стран мира, в Европе, Америке и Японии.

Концепция «смерти мозга» основывается на следующем понимании смерти человека: смерть человека – это необратимая деструкция и/или дисфункция критических сис-

тем организма, т. е. систем, незаменимых (ни сейчас, ни в будущем) искусственными, биологическими, химическими или электронно-техническими системами, а не заменим только мозг.

Как отмечает известный реаниматолог А.М. Гурвич [1], принимая критерием смерти человека, смерть мозга, общество столкнулось с тремя определениями смерти мозга:

- ✓ согласно первому определению смерть мозга – это гибель всего мозга, включая его ствол, с необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания и исчезновением всех стволовых рефлексов;
- ✓ второе определение: «смерти мозга» - это гибель ствола мозга (при этом могут сохраняться признаки жизнеспособности мозга, в частности их электрическая активность);
- ✓ и третье определение: «смерти мозга» - это гибель отделов мозга, ответственных за сознание, мышление, т. е. за сохранность человека как личности.

Из этих трех определений наиболее полным является первое.

Это определение принято подавляющим большинством стран мира и в том числе и Россией.

Итак, во второй половине XX века появился новый необычный труп - в отличие от прежнего, с трупными пятнами, окоченевающего, холодного, новый труп стал теплым, с розовой кожей, его сердце бьется, а легкие продолжают «вдыхать» и «выдыхать» воздух, пусть и с помощью искусственных аппаратов, но никаких пятен, никакого зловония и разложения. «Больной, у которого констатирована смерть мозга, является живым трупом, как принято говорить, препарат «сердце — лёгкие». Такие факты общество принять не может, что связано с традиционными представлениями людей о сердце и легких, как основе жизнедеятельности человека.

Рассмотрим теперь данный критерий вот с какой стороны. На каждую тысячу рожденных детей рождается два-три анэнцефала и многим из них можно ставить диагноз «смерть мозга». Они нежизнеспособны, даже при интенсивной искусственной поддержке, хотя при не столь глубоких поражениях, но все с тем же диагнозом «смерти мозга» дети могут даже улыбаться. Встает дилемма - в таком случае можно ли не дожидаясь их биологической смерти, сразу после рождения, изъять жизненно необходимые органы для нужд неизлечимо больных детей? Думается, мало кто на такое отважится. Хотя, в Германии и Италии такая практика уже существует, но на родине «смерти мозга», в США, не могут сделать этот шаг.

Такие примеры говорят о несовершенстве данного критерия и неоднозначном отношении к нему. В медицинской сфере также существуют различные мнения в отношении «смерти мозга»

Нами было проведено выборочное анкетирование по вопросам констатации смерти среди врачей реаниматологов. Всего в опросе приняло участие 30 респондентов.

На вопрос: «Является ли критерий «смерть мозга» адекватным для постановки диагноза смерти человека?» 74% ответили положительно и 26% отрицательно.

33% респондента считают человека мертвым, если у него погибла кора, 19% - если погибли подкорковые отделы и 41% если у человека погибли и кора и подкорковые отделы, а 7% отождествили смерть человека с ее традиционным представлением как биологической с остановкой дыхания и сердцебиения. Это говорит о том, что даже среди людей

непосредственно связанных с констатацией смерти, нет единого мнения о критериях смерти человека, хотя считается, что критерий «смерть мозга» как гибель всего мозга, включая его ствол, является наиболее адекватным и усовершенствованным, который также принят у нас в России.

В случае остановки сердца у больного с уже поставленным диагнозом «смерть мозга» 56 % респондентов будут дожидаться биологической смерти, однако 37% процентов врачей попытаются реанимировать человека.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о неоднозначном отношении к этому вопросу среди реаниматологов, наряду с их высокой ответственностью за судьбы людей, позволяют конкретизировать некоторые аспекты по данной проблеме в курсе биоэтики, правоведения и судебной медицины.

В заключении хочется привести выдержку из документа под названием «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви» [3]: «В Священном Писании смерть представляется как разлучение души от тела (Пс. 145. 4; Лк. 12. 20). Таким образом, можно говорить о продолжении жизни до тех пор, пока осуществляется деятельность организма как целого. Продление жизни искусственными средствами, при котором фактически действуют лишь отдельные органы, не может рассматриваться как обязательная и во всех случаях желательная задача медицины. Оттягивание смертного часа порой только продлевает мучения больного, лишая человека права на достойную, "непостыдную и мирную" кончину, которую православные христиане испрашивают у Господа за богослужением. Когда активная терапия становится невозможной, ее место должна занять паллиативная помощь (обезболивание, уход, социальная и психологическая поддержка), а также пастырское попечение. Все это имеет целью обеспечить подлинно человеческое завершение жизни, согретое милосердием и любовью».

ЛИТЕРАТУРА

1. Биомедицинская этика. Под ред. В.И. Покровского. - М.: «Медицина», 1997. - 224 с.
2. Введение в биоэтику. Под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 280 с.
3. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. XII Проблемы биоэтики// Информационный бюллетень ОВЦС Московского патриархата. – 2000. - № 8. - С. 73-85.
4. Роганов С. В., «Критерий «смерти мозга» и трансформация феномена смерти», «Человек». - Июнь, 2007.
5. Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы. М., 2001. - 162 с.

С.А. Ануприенко, Т.Н. Яковлева
**ЭТИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ
 ОТНОШЕНИЯ К ТРУПУ ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра судебной медицины (зав. - проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

«Покажите мне образ действий, с каким нация заботится о своих умерших, и я с математической точностью измерю степень милосердия этого народа, его отношение к законам государства и его преданность высшим идеалам».
 Уильям Э. Глэдстон (1809-1898).

Каждый год смерть уносит с лица земли более 60 миллионов человеческих жизней. Каждую минуту оставляют этот мир около 100 человек. Ежегодно кладется в землю около 1,5 млн тонн человеческой плоти, которая разлагается, превращаясь в прах. *Смерть организма* - естественный исход всего живого на Земле. «Жить значит умирать» [6].

В любой профессии существует основная этика первостепенной важности. Медицина основополагает свою деятельность на клятве Гиппократова, формулирующей этику лечения. Однако в этой клятве нет никаких указаний об этике отношения врача к телу умершего.

Цель нашей работы - рассмотреть вопросы, связанные с определением этических, правовых и медицинских аспектов в отношении тела умершего человека, проанализировать степень правового и этического воздействия на такого рода объект, выявить отношение к этой проблематике будущих врачей и наметить некоторые подходы для дальнейшего ее изучения.

В разное время по-разному относились к смерти и телам умерших. Циники ставили ни во что погребение, и замечательно в этом отношении суждение Диогена. Друзья спросили его, как бы он желал быть погребенным? На это он отвечал: «выбросьте мой труп куда-нибудь на поле!» — «Что же? значит, на съедение птицам и зверям?» — «Нет, — с иронией ответил на это философ, — положите около меня палку, которой я стану отгонять их». — «Но ведь ты не можешь взяться за нее, — спросили недогадливые друзья. — Если я не буду ничего чувствовать, мне все равно, кто бы ни стал пользоваться моим трупом, буду ли я гнить в земле или разлагаться на ее поверхности». Гомер называл погребение *ύέρσις θανάτων* — (честью, воздаваемой мертвым), выражением почтения к умершим, а Еврипид — *δίκην*, долгом справедливости. Сократ, говоря о войне фиванцев с аргонавтами, влагает в уста царя их Адраста следующие слова: «Погребение мертвых есть древний обычай и право всеобщее, которое разделяют все народы. Оно произошло не из человеческого разума, но внушено умом божественным». Греки не знали проклятия более страшного, как умереть непогребенным (*άταφος*) и из всех родов смерти самой ужасной почитали гибель на море, потому что поглощенные волнами трупы оставались без погребения. Если древний грек облакал идею о связи между душой и телом в мифологическую картину и заставлял тень Патрокла или Эльпенора молить о погребении своего тела, христианство, отбросив эту символическую оболочку, прямо высказало мысль о необходимости уважения к телу, как органу бессмертной души. В то же время блаж. Августин в опровержение мифических представлений греков говорил: «Какая странность! Душа нуждается в исполнении долга относительно своего тела, как будто она что-то уносит отсюда в тот мир! Еще страннее,

когда считают лишение погребения за оскорбление души». Точно также и идея воскресения нимало не выигрывала и нимало не теряла от того, в каком бы виде ни оставлено было на земле тело, имеющее воскреснуть, потому что воскрешение есть дело всемогущества, которому все равно, каким бы путем ни разрешилось тело на свои элементы, каким бы способом оно ни было сохранено. «Всякое тело, — говорит Минуций Феликс, — или высыхает в пыль, или испаряется влажностью, или рассыпается в прах и, исчезая в воздухе, теряется для вида, но хранение этих элементов есть дело Божие». Нравственное отношение к умершему определялось представлением о бессмертии души и будущем воскресении тела. Это представление сообщало цену безжизненному трупу, как семени будущего живого тела, и отстраняло мысль о нечистоте трупа. На основании этого соображения Апостольские Постановления опровергают мысль об осквернении при прикосновении к трупу и внушают христианам остерегаться этих представлений [1]. У святых отличительными особенностями их святости служат нетленные тела, а потому останки их именуются нетленными мощами. Название «мощи» происходит от слова «мощь», то есть сила, и выражает понятие, что останки состоят из основы тела человеческого, из костей, в них присутствует сила Духа. Между святыми мощами и мумиями нет ничего сходственного. Последние — случайное явление, происшедшее под влиянием почвенных или атмосферных причин, или человеческого искусства [4].

Рассматривая правовой аспект проблемы, следует отметить, что с момента рождения человек приобретает правоспособность, т. е. способность иметь гражданские права и нести обязанности, а одной из составляющих правоспособности человека с момента рождения является право на личную неприкосновенность (п. 1 ст. 22 Конституции РФ) — как телесную, так и психическую. Телесная неприкосновенность предполагает право человека распоряжаться своим телом по собственному усмотрению, а также находиться под защитой государства от противоправного посягательства на тело, определяемое как материальный объект, физическоеместилище организма человека. Смерть человека прекращает его правоспособность. Тело остается без своего правообладателя и превращается в труп, при этом труп не исключается из правового поля и продолжает оставаться специфическим объектом правовой защиты и правовой регламентации со стороны государства, устанавливающего, например, уголовную ответственность за надругательство над телом умершего (ст. 244 УК РФ), регулирующего порядок проведения патологоанатомического вскрытия (приказ Минздравмедпрома от 29.04.94 № 82), изъятия у него органов и (или) тканей (Закон РФ от 22.12.92 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека», погребения (Закон РФ от 12.01.96 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле».

Ранее вопрос о признании тел и частей тел вещами и их статусе в качестве таковых серьезно не ставился в основном из-за отсутствия широкого применения и, вследствие этого, отсутствие потребности в обороте частей тела и существовавшего своеобразного табу на использование человеческого тела и его частей. Изменения, произошедшие в мире в 20 веке, заставляют по-иному взглянуть на существование человека как физического объекта. Повышенный интерес к этой теме обусловлен в основном прогрессом в области биологии и медицины, благодаря которому появилась возможность осуществлять множество манипуляций с телом человека: переливание крови; трансплантация органов и тканей; использование генетического материала доноров для осуществления репродукционных технологий (искусственное оплодотворение, суррогатное материнство и т. д.); консервация

отдельных частей человеческого тела на определенный срок, что делает возможным сохранение их в первоначальном виде вне человеческого тела, либо в забальзамированном виде; использование органов и тканей человека для проведения медико-биологических исследований. Является ли каждый из нас собственником своего тела?

Гражданский Кодекс РФ указывает на триаду правомочий собственника: владение, пользование и распоряжение. «Владеет ли человек своим телом и отдельными его частями? Да, несомненно, поскольку владение - это "непосредственное обладание вещью". Пользуется? Да, и самым прямым образом. Распоряжается? Может распорядиться. Взрослый человек в состоянии осуществлять контроль за своим телом и решать, например, вопрос о том, отдавать его для медицинской операции или нет и т. д. В этом видится абсолютность прав человека по отношению к своему телу. Но может ли, имеет ли право человек сделать официальное распоряжение о прекращении жизни своего тела? Умышленное лишение жизни есть убийство или самоубийство. За убийство, даже если это вариант эйтаназии, предусмотрена уголовная ответственность. Отношение к самоубийцам в обществе то же достаточно четко определено. Следовательно, право распоряжаться своим телом не является абсолютным. Иными словами это распоряжение должно укладываться в рамки закона» [3]. Некоторые нормы действующего законодательства подтверждают сказанное. Так, в соответствии со ст. 5 Закона РФ "О погребении и похоронном деле", любой человек имеет право решить вопрос о будущем своего тела. В частности, такое решение может касаться следующих вопросов: о согласии или несогласии на изъятие органов и тканей из его тела; о согласии или несогласии быть подвергнутым патологоанатомическому вскрытию; о согласии или несогласии быть подвергнутым кремации.

Достойное отношение к телу умершего не названо законодателем в числе личных неимущественных прав, хотя по смыслу действующего законодательства к нему имеет прямое отношение, т. к. принадлежит гражданину в силу закона, неотчуждаемо и не передается иным способом (ч. 1 ст. 150 ГК РФ). Более того, по понятным причинам умаление этого специфического нематериального права может возникнуть после того, как прекратил существование субъект права и соответственно прекращена его правоспособность, т. е. защита права в порядке ст. 12 ГК РФ невозможна. Вместе с тем, напрямую не названо, но относится к нематериальным благам нематериальное право на обладание родственными и семейными связями, противоправное умаление которого напрямую влечет денежную компенсацию морального вреда - об этом сказано в п. 2 постановления Пленума Верховного суда РФ от 20.12.94 № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства компенсации морального вреда». Производным от этого нематериального права является право родственников на прощание с умершим и запечатлевание умершего в памяти перед преданием земле в наиболее благоприятном виде, т. к. каждый из близких родственников хотел бы, чтобы в их памяти покойные отец, супруга или ребенок внешне остались похожими на человека, которого они знали при его жизни. В случае необходимости медицинское учреждение должно обеспечить предельный срок хранения на бесплатной основе в течение 14 суток согласно ч. 2 ст. 8 Закона «О погребении и похоронном деле».

Достойное, почтительное отношение к телу умершего становится возможным тогда, когда эти пожелания озвучены или записаны им при жизни. Доктор Стивен Лидбиттер, бакалавр медицины, патологоанатом, глава Бристольского отделения Медицинского исследовательского совета, касаясь этого вопроса, спрашивает: «Всегда ли умирающим предос-

тавляется возможность высказать свои пожелания? Всегда ли система, с которой сталкивается умирающий, способна выявить его пожелания, чтобы после этого можно было их выполнить?» Современная система здравоохранения лишена «внимательности, аккуратности и заботливости», в ней нет «почтения». Она похожа на поточную линию, в которой профессионалы настолько увлечены механизмами своей работы, что не придают значения и не вникают в контекст отдельной смерти [2]. Действительно, многие люди не знают о своих правах в отношении судьбы своего тела после смерти, ближайшим родственникам умершего, как правило, не до выяснения всех юридических тонкостей этого вопроса.

В качестве примера вышеупомянутый автор приводит ситуацию расследования «смерти при подозрительных обстоятельствах». Когда человек найден мертвым при таких обстоятельствах, полиция стремится произвести вскрытие как можно быстрее, при этом тело до вскрытия необходимо опознать. Нередко семью погибшего наскоро приводят в морг, не заботясь о том, насколько тело готово предстать для опознания. Такое опознание нередко причиняет страдания родственникам, вынужденным мучительно ожидать опознания, а затем поспешно «осмотреть» тело. Подобные ситуации не могут быть «почтительным отношением».

Можно ли процесс вскрытия тела считать непочтительным? Умершему вскрытие не может причинить физических мучений, но с точки зрения излишнего, не требуемого во многих случаях анатомического исследования, даже если оно не противоречит пожеланиям покойного, его нельзя назвать почтительным. Энн Вайни очень точно сформулировала: «Вскрытие тела не выходит за рамки «почтения», если оно предоставляет улики, выявляющие обстоятельства смерти, тем самым способствуя свершению правосудия» [2]. Очевидно, что система расследования должна располагать достаточными средствами, чтобы определить еще до процедуры вскрытия, вызывает ли данная смерть какие-либо спорные вопросы и каким образом их разрешить. Проведение вскрытия может вызвать стресс как эмоциональный, так и физический. Существует позиция, согласно которой если причина смерти очевидна, проводить посмертное вскрытие тела является излишним. Однако ошибочно полагать, что все выводы, касающиеся смерти, могут быть сделаны до вскрытия. Вскрытие должно быть проведено, когда есть вероятность того, что смерть была неестественной. Даже если негативные факты не были обнаружены, вскрытие предотвращает необходимость эксгумировать тело, если позже появятся подозрения. Запись результатов сохраняется, может впоследствии использоваться для свершения правосудия.

Для выяснения позиции будущих врачей по рассматриваемым вопросам нами разработана анкета, по которой проанкетированы студенты 2-го, 5-го и 6-го курсов КГМУ. Всего в опросе приняло участие 100 респондентов. В ходе нашего исследования выявлено, что у 56% респондентов существуют опасения по поводу этичности отношения к трупам людей со стороны врачей и студентов, принимающих участие во вскрытии, при этом наибольший процент недоверия оказался среди студентов 2 курса лечебного факультета (80%) и 5-го курса стоматологического факультета (70%). 60% респондентов согласны с действующей в нашей стране презумпцией согласия на изъятие органов и тканей от трупа. Четверть респондентов отрицательно относятся к возможности кремации тел умерших людей, а каждый пятый студент не видит в этом ничего плохого.

Попутно в ходе анкетирования нами были заданы вопросы, связанные с отдельными медицинскими аспектами рассматриваемой проблемы, в частности, о существовании

трупного яда, о посмертном росте волос и ногтей. Оказалось, что 58% опрошенных студентов-медиков уверены в существовании специфического трупного яда, лишь 18% считают, что такового не существует, а 66% респондентов уверены, что после смерти человека у него продолжают расти волосы и ногти.

Результаты анкетирования свидетельствуют о неоднозначном отношении студентов к рассматриваемым вопросам, показывают необходимость акцентирования внимания студентов в вопросах этики отношения к трупу, а также на более детальную проработку вопросов умирания и смерти, рассматриваемых в ходе изучения судебной медицины, права и биоэтики.

В заключение следует отметить, что отношение к мертвому телу непосредственно связано с уважением к личности, что является одной из основ современной цивилизации как с религиозной, так и с научной точек зрения. Действительно, прагматическое использование трупов в медицине, как правило, влечет за собой усиление потребительского отношения к человеку [6]. Тело умершего человека неспособно возразить против бесчестного отношения к нему, с момента попадания на секционный стол оно полностью во власти участников диагностического или учебно-диагностического процесса и это безмолвное непротавление трупа не должно провоцировать на недостойное к нему отношение. Самому умершему человеку эти издевательства уже никак повредить не могут, но они калечат души будущих врачей, и существует реальная опасность того, что возникшие в душе студента цинизм и равнодушие в отношении к телу умершего, распространятся в последствие и на живых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубцов А.П. Из чтений по Церковной Археологии и Литургике. Глава: Приложение. Археология погребальных обычаев. СПб, 1917, 371 стр.
<http://www.klikovo.ru/db/book/msg/966>.
2. Лидбиттер С. Почтительное отношение к усопшему. Точка зрения патологоанатома, США. <http://www.funeralportal.ru/funeralportal/magazine/4252.html>.
3. Майфат А.В. Собственность на тело человека.
<http://www.urallaw.ru/articles/person2/id35.html>.
4. Митрополит Серафим (Чичагов). О святых мощах. (Конспект статьи, публ. с сокр.). — М.: Град Китеж, 1992. - № 4 (9).
5. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. - М.: "Грантъ", 2001. – 192 с.
6. Энгельс Ф., Маркс К. Соч. 2-е изд. - Т. 20. - С. 611.

Ю.В. Карасова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ В РОССИИ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

*Кафедра судебной медицины (зав. - доцент Д.П. Березовский)
РостГМУ г. Ростов-на-Дону*

Главенствующим международным документом в сфере медицины и здравоохранения является Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины от 4 апреля 1997 года [1]. Важно, что конвенция открыта для подписания государствами — членами Совета Европы, государствами — не членами, которые участвовали в ее разработке, и Европейским сообществом. В статье 5 главы 2 Конвенции о правах человека и биомедицине устанавливается порядок получения добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство. Общее правило медицинского вмешательства состоит в следующем:

- 1) медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как соответствующее лицо даст на это свое добровольное информированное согласие;
- 2) это лицо заранее получает соответствующую информацию о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках;
- 3) это лицо может в любой момент беспрепятственно отозвать свое согласие.

Проведем сравнительный анализ данной правовой нормы нескольких государств.

В законодательстве США и Израиля достаточно подробно прописана процедура получения согласия на медицинское вмешательство у пациента [2]. В Соединенных Штатах Америки, например, согласие пациента на конкретное лечение (оперативное вмешательство, исследование) традиционно рассматривается как необходимое условие всякого медицинского вмешательства, настолько важное, что при отсутствии его (согласия) действия врача признаются противоправными и составляют уголовный или гражданский деликт — «оскорбление действием», насилие. По мнению американских юристов, информация должна сообщаться пациенту в том объеме, какой, с точки зрения «среднего здравомыслящего пациента», необходим для того, чтобы он мог принять решение. Сообщаемая пациенту информация должна создавать у него адекватное представление:

- 1) о характере и целях предлагаемого ему лечения;
- 2) о связанных с ним «существенных рисках»;
- 3) о возможных альтернативах данному виду лечения.

При информировании пациента врач должен принимать во внимание четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его материализации и внезапность материализации. В некоторых штатах США законодательные или подзаконные акты прямо устанавливают перечни рисков, о которых врач обязан уведомить пациента.

Кроме обязанности информировать пациента на врача лежит обязанность получить его согласие. Решение пациента, положительное или отрицательное, должно отвечать двум требованиям: понимания и добровольности.

Исследователь Д. Аннас указывает: чтобы «информированное согласие» работало на пациента, необходимо выполнить три условия [3]:

- 1) соответствующий формуляр должен быть полным;
- 2) он должен быть составлен на понятном пациенту языке;
- 3) пациент должен иметь копию формуляра и получить время для того, чтобы обдумать информацию, которую он содержит.

В государстве Израиль действует «Закон о правах пациента», принятый на общем заседании Кнессета 1 мая 1996 года, определяющий взаимоотношения между людьми, которые вынуждены обращаться за медицинской помощью, и врачами (медицинским персоналом). В «Законе о правах пациента» подробно регламентированы: процедура получения информированного согласия на медицинское вмешательство, порядок ведения медицинской документации, понятие врачебной тайны, контроль и надзор за деятельностью врачей при оказании медицинских услуг, органы этого контроля и надзора.

Сама процедура получения согласия на медицинское вмешательство в Израиле сходна с существующей в США. Согласно вышеупомянутому «Закону о правах пациента» государства Израиль медицинский работник должен снабдить пациента информацией в «разумной степени», эта информация должна включать в себя:

- 1) диагноз заболевания пациента и прогноз развития его болезни;
- 2) подробное описание, курс, цель, ожидаемая выгода, и вероятность успеха предлагаемого курса лечения;
- 3) риски, связанные с предложенным лечением, включая побочные эффекты, боль и дискомфорт;
- 4) вероятность успехов и рисков альтернативных методов лечения;
- 5) пациент должен быть поставлен в известность о характере метода лечения — давно применяемый или новаторский.

Для сравнения в Кодексе здравоохранения Франции установлено, что ни один медицинский акт, никакое лечение не могут быть проведены без свободного и ясного согласия индивида, причем это согласие может быть отозвано в любой момент. Кроме того, одна из статей закрепляет право лица на получение информации о состоянии своего здоровья, включая результаты обследований, предлагаемых методах профилактики и лечения, их эффективности, непредвиденных последствиях, частых или тяжелых рисках, которые обычно возможно предвидеть, а также возможных последствиях в случае отказа от медицинского вмешательства.

Не столь однозначно отношение к проблеме получения информированного согласия пациента на медицинское вмешательство в обществах с высокой специфичностью как общей, так и медицинской культуры. Так, например, в Японии до 80-х годов XX века было принято большую часть медицинской информации скрывать от пациентов, в том числе такую, как, например, наличие психического заболевания или ВИЧ-инфекции. Лишь около 7% японских психиатров сообщали своим пациентам диагноз «шизофрения». В 1992 году только 13% врачей в Японии сообщали пациенту диагноз «рак». Сложившаяся ситуация потребовала принятия соответствующих организационных и правовых мер. С целью повышения роли пациентов в медицине и стимулирования врачей к получению добровольного информированного согласия (особенно у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями) в Японии была создана Правительственная рабочая группа по терминальному уходу, состоявшая из представителей как медицины, так и

специалистов в других областях наук, которая выработала ряд рекомендаций по информированию пациентов об их диагнозе.

Министерством здравоохранения Японии предпринимались меры по финансовому поощрению документального подтверждения диагноза и плана лечения. Кроме того, Верховный суд Японии в решении по одному из «врачебных дел» предостерег врачей от сообщения ложных диагнозов, которые могут повлечь отказ пациента от продолжения лечения. Указанные меры позволили увеличить процент информирований с 27% - в 1993 году до 71% в 1998 году [4].

В Японии большинство госпиталей и клиник находится в частной собственности, однако право поддерживает позицию, согласно которой от пациентов скрывается диагноз серьезного заболевания. Эксперты как в Японии, так и в США сходятся в том, что первопричиной является подчинение личности нуждам и идеалам коллектива. Как следствие, общепринятым является мнение о том, что пациенту необходимо выполнять инструкции доктора, который имеет лучшее представление о заболевании и его значении.

Если обратиться к законодательству стран СНГ, то, к примеру, особенности оформления согласия на медицинское вмешательство присутствуют и в Республике Беларусь. Формы выражения информированного согласия – устная и письменная. Согласно ст. 27 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» [5] согласие на простое медицинское вмешательство дается устно пациентом либо его законными представителями, а отметка о согласии делается медицинским работником в медицинской документации.

Письменное согласие пациента обязательно для сложных медицинских вмешательств, которое оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо его законными представителями (в отношении несовершеннолетних и недееспособных), супругом или близкими родственниками (в отношении пациентов, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения) и лечащим врачом. В случае, если сложное медицинское вмешательство должно быть выполнено срочно (неотложно), а указанные лица отсутствуют (или установить их местонахождение невозможно), решение принимается консилиумом врачей, при невозможности его проведения – лечащим врачом с оформлением записи в медицинской документации с последующим уведомлением руководителя организации здравоохранения, законных представителей пациента либо его супруга или близких родственников.

В законодательстве США такая ситуация называется «срочное согласие», при этом подчеркивается обязанность персонала клиники связаться с лицами, которые могут быть уполномочены выступить от имени пациента. При восстановлении способности пациента выражать свою волю его дальнейшие отношения с лечебным учреждением складываются в соответствии с его волеизъявлением.

В действующем законодательстве России закреплено право пациента на информированное согласие, однако в законе отсутствует критерий адекватности или полноты предоставляемой информации, позволяющий судить о том, что обязанность исполнителя медицинской услуги, корреспондирующая праву пациента на получение информации, выполнена надлежащим образом.

Поскольку российское законодательство предусматривает требование об информированном согласии, то, для достижения конечной цели, оно должно быть дополнено

правилом, позволяющим разграничить надлежащее и ненадлежащее предоставление информации пациенту. Отсутствие юридических критериев надлежащего предоставления информации существенно ограничивает возможности реализации права пациента на практике и защиты в случае его нарушения.

Какой подход к решению данного вопроса выберет российский законодатель при принятии нового закона в сфере здравоохранения - определит будущее. Более верным все-таки представляется подход, ориентированный на пациента. Поскольку конечной целью правила об информированном согласии является защита прав и законных интересов пациента в ситуации, когда он наиболее уязвим, так как не обладает информацией, которой обладает врач, и в то же время вынужден доверять ему свою судьбу, информация должна быть раскрыта в объеме, позволяющем разумному пациенту принять осознанное решение.

В заключении можно отметить, что в законодательстве рассматриваемых зарубежных стран институту «добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство» уделено больше внимания, чем в российском законодательстве. Конечно, порядок и объемы предоставляемой пациенту информации о лечении решаются медицинским работником в каждом конкретном случае индивидуально. В то же время, врач при выборе метода лечения должен учитывать тот факт, что «лекарства» в большинстве случаев являются «источником повышенной опасности», имеющим множество побочных эффектов. Профессиональный долг врача морально обязывает его предупредить пациента о возможных неблагоприятных проявлениях от применения препарата, при которых пациент должен немедленно обратиться к врачу.

В то же время, любой зарубежный опыт должен быть адаптирован к существующим в России условиям, иначе его заимствование не имеет смысла. В связи с этим необходимо привлечение внимания общественности - пациентов, медиков, юристов - к данному вопросу для осознания и уяснения того, в какой доктрине информированного согласия нуждается современное российское общество. Учитывая, что Российская Федерация интегрируется в международное сообщество, политика государства направлена на признание приоритетов личности, данный вопрос заслуживает особого внимания при принятии законодательных актов в сфере здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины от 4 апреля 1997 года (Овьедо) // Международные акты о правах человека: сборник документов /под ред. В.А. Карташкина, Е.А. Лукашева. - М.:Норма, 2002. - С. 745.

2. Аблин М. В. Согласие на медицинское вмешательство // Медицинское право. 2004. № 4. – С. 22.

3. Петросян М. Е. Врач и пациент: этико-правовой аспект. – М.: Академия наук СССР, 1990. – С. 10.

4. Салагай О. О. Некоторые социокультурные аспекты права в сфере охраны здоровья // Государство и право. 2009. №8. – С. 55.

5. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII (Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290).

Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина
**ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ
ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРАВОВЫХ И ЭТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ
В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Кафедра судебной медицины (зав. - проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

В программе социально-экономического развития Российской Федерации подчеркивается необходимость «... актуализировать работу по воспитанию компетентных и ответственных, нравственно и физически здоровых молодых граждан, ...». Это касается всех звеньев системы образования, влияние которой относится к стратегии развития страны [3]. Ответственность системы образования перед страной чрезвычайно высока, а, следовательно, и каждого преподавателя в отдельности, если речь идет о высшем образовании.

Ведущие специалисты в области медицинского права и биоэтики - Президент Национальной ассоциации медицинского права (НАМП), заслуженный юрист России, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук Юрий Дмитриевич Сергеев и доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой биомедицинской этики РГМУ Ирина Владимировна Силуянова, неоднократно подчеркивали, что общая профессиональная подготовка врача должна включать формирование его юридической и этической компетентности как внутренней потребности соблюдения закона и моральных норм при оказании медицинской помощи [4, 6].

Основная цель профессионального образования – профессиональное развитие личности. Данная цель определяет стратегии преподавания различных дисциплин в медицинском вузе.

В последние десятилетия профессиональные требования к специалистам охватывают наряду с традиционными областями предметной (специальной) компетентности группу требований, которые относятся преимущественно к социальным навыкам – «социальная компетентность». При таком подходе не отрицаются привычные знания–умения–навыки, но акценты переносятся на знание–понимание–навыки, в результате интегрирования которых формируются компетенции, трактуемые большинством специалистов как способность и готовность личности к той или иной деятельности.

Социальная компетентность в широком смысле должна включать в себя следующую систему компонентов: правовая компетентность, экономическая, морально-этическая, психологическая и профессионально-трудовая. При таком подходе следует рассматривать социальную компетентность как совокупность знаний, навыков, умений, установок и ценностей, обеспечивающих личности успешную адаптацию в социуме.

Современная вузовская подготовка обеспечивает развитие социальной компетентности будущего специалиста здравоохранения, в основном, в отношении профессиональной составляющей. Сложнее обстоит дело с правовым, морально-этическим и психологическим компонентами.

Под правовой компетентностью понимается определенная система правовых знаний и умение использовать их в жизни. Морально-этическая компетентность предполагает не только знание норм этики и морали, осознание их ценности, принятие этих норм, но и сформированные установки по их соблюдению

Проблема заключается в том, что этическая компетентность специфична. Ее нельзя свести просто к некоторой сумме знаний и умений, она отличается своей нравственно-мировоззренческой гуманистической составляющей и наличием определенных личностных образований в виде ценностей, установок и т. д.

Мы считаем, что формирование как правовой, так и этической компетентностей должно идти параллельно в процессе реализации определенных педагогических технологий, которые требуют, вместо заучивания понятий и теорий, создания условий:

- для формирования гуманистической системы ценностей;
- для проявления, развития или формирования определенных личностных качеств и способностей;
- для формирования специфических этических и правовых умений и навыков;
- для формирования практически ориентированных знаний в области правоведения и биоэтики (включающих знания психологии, социальной психологии и конфликтологии).

В данной работе поставлена цель: проанализировать состояние учебно-методической и научной работы кафедры судебной медицины по формированию правовой и этической компетентности в процессе подготовки специалистов здравоохранения, выделить наиболее важные проблемы и наметить пути их решения.

Дисциплина «Правоведение» преподается на кафедре с 1990 г., т. е. уже 20 лет, курс достаточно разработан и методически оснащен, тогда как дисциплина «Биоэтика» преподается с 2001 года, т. е. 10 лет.

Следует отметить, что организация преподавания биомедицинской этики потребовала огромной работы всего коллектива. Пришлось, практически с нуля, разрабатывать программу, определять цели, задачи и методы биоэтического образования для врача-лечебника, стоматолога, фармацевта и специалиста профилактического дела. В результате создано полное методическое обеспечение курса: разработаны авторские программы для всех факультетов, темы лекций и практических занятий, определены формы и методы преподавания, разработаны вопросы тестового контроля, ситуационные задачи, индивидуализированные темы курсовых работ, имеются задания для самостоятельной работы по каждой теме, подготовлен наглядный материал – таблицы, слайды, видеофильмы и др.

В отношении правоведения нами решена исключительно трудная задача отбора материала для изучения, так как Государственный образовательный стандарт по правоведению, в сущности, представляет собой попытку втиснуть в 38 академических часов основы всех юридических наук и рассмотреть их в контексте проблем здравоохранения. Медицинский вуз не юридический, объять все вопросы правоведения невозможно, но несуществующее де-юре медицинское право уже вошло в нашу жизнь, что подтверждается практикой судебной медицины.

Крупными научными событиями стали проводимые каждые два года всероссийские съезды по медицинскому праву, а между ними — всероссийские научные конференции по медицинскому праву и биоэтике с изданием сборников научных статей.

IV Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву, состоявшийся в декабре 2009 г., включал такие основные научные направления программы съезда, как:

- Правовые проблемы медицины и здравоохранения. Медицинская этика и деонтология.

- Правовое регулирование медицинской и фармацевтической деятельности.

- Законодательное обеспечение обязательного и добровольного медицинского страхования.

- Права пациентов. Права медицинских работников. Страхование профессиональной гражданской ответственности.

- Проблема ненадлежащего оказания медицинской помощи: экспертиза, ответственность, судебная практика, профилактика и т.д.

Таким образом, основные правовые проблемы современного здравоохранения предстают в триединстве медицинской этики, медицинского права и судебной медицины.

Мы полагаем, что только комплексное преподавание права, биоэтики и судебной медицины на одной кафедре с согласованными рабочими программами в едином цикле позволит выпустить в жизнь врачей, понимающих, что «если государство провозгласило приоритет законных интересов личности, то правилен такой выбор, когда любой гражданин государства осознаёт, что не его здоровье существует в интересах здравоохранения, а медицина имеет право на существование ради его здоровья» [2].

На нашей кафедре интеграция преподавания биоэтики, медицинского права и судебной медицины осуществляется с 2001 года. До настоящего времени межпредметные связи биомедицинской этики, права и судебной медицины никем не разрабатывались, в то время как для этого есть все основания, ибо на деонтологические, этические и правовые аспекты деятельности судебно-медицинского эксперта обращали и обращают внимание многие выдающиеся судебные медики [5], что позволяет рассматривать их в каждой теме и на каждом занятии по судебной медицине.

Так, например, рассматривая конкретное судебное дело о возмещении морального вреда, причиненного пациенту в результате преступной небрежности врача, обычно при выяснении причин неблагоприятных последствий лечения встает вопрос: что первично - низкий профессионализм или этическая неграмотность врача. Как правило, студенты приходят к выводу, что эти вещи взаимосвязаны. Низкий профессионализм сам по себе аморален и провоцирует соответствующее поведение. Врач просто отмахивается от пациента, «отфутболивает» его. С другой стороны, низкая этическая культура ведет к профессиональным ошибкам из-за того, что врач не учитывает интересы пациента и относится к нему без достаточного уважения. Кроме того, исследования Ю.Д. Сергеева показывают отсутствие у персонала лечебных учреждений правового кругозора, неумение ориентироваться в юридических вопросах, даже явный правовой нигилизм. И это в то время, когда медицинским работникам надо использовать для защиты своих прав все нормы, уже имеющиеся в действующем законодательстве! Тем более что это помогает работать не только персоналу медучреждений, но и оберегает законные интересы граждан в единой системе «врач — пациент» [5].

Осуществление межпредметных связей оказалось возможным в силу того, что преподавательский коллектив работает по принципу взаимозаменяемости. Каждый преподаватель является профессионалом в трех направлениях и преподает три предмета – судебную медицину, правоведение и биомедицинскую этику. Это позволяет не только

усиливать профилизацию преподавания, но и внедрять элементы опережающего обучения.

Включение опережающих связей с судебной медициной при изучении биомедицинской этики и правоведения в зону ближайшего развития личности обучаемого дает возможность показать взаимоинтеграцию предметов, пробудить интерес и сделать изучаемые вопросы максимально приближенными к практике на доступном для студентов младших курсов уровне, когда они работают совместно с преподавателем и получают от него необходимую помощь. В то же время, старшекурсники получают возможность уже на более высоком уровне осознать правовые и этические аспекты профессии.

Обеспечение учебного процесса учебно-методическими материалами за последние годы значительно улучшилось. Мы пользуемся изданными методическими указаниями и пособиями в объеме 52 п. л.:

Методические материалы к преподаванию курса «Правоведение». Часть первая. – 2-е изд. перераб. и доп. /Под ред. проф. В.А. Породенко (2001 г.);

Правоведение. Учебное пособие. Часть 2. Гражданское право /Под ред. проф. В.А. Породенко (2003 г.);

Учебное пособие Биомедицинская этика: вопросы тестового контроля /Под ред. проф. В.А. Породенко (2003 г.);

Биомедицинская этика: Учебное пособие /под ред. проф. В.А. Породенко (2004 г.);

Правоведение. Общие положения уголовного законодательства и профессиональная медицинская деятельность. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные и должностные правонарушения: учеб. пособие (2010 г.).

Подготовлены и рекомендованы к изданию:

1. Методические указания для преподавателей по правоведению.
2. Методические указания для преподавателей по биоэтике.
3. Курс лекций по правоведению.
4. Учебные задания для внеаудиторной (самостоятельной) работы студентов, при подготовке к практическим занятиям по биоэтике.
5. Учебные задания для внеаудиторной (самостоятельной) работы студентов, при подготовке к практическим занятиям по правоведению.
6. Методические указания по выполнению курсовых работ по биоэтике.

В соответствии с концепцией модернизации российского образования акцент сделан на активизацию самостоятельной работы студентов [3]. К сожалению, наши студенты младших курсов в большинстве своем не умеют учиться, не умеют самостоятельно работать, не занимаются самообразованием. Преодолевая дефекты школьного образования, приходится обучать формам и методам самостоятельной работы, детализировать задания, указывать пути и средства выполнения («прочитайте, отметьте, выделите, аргументируйте, обратите внимание, сравните, обоснуйте свое мнение, приведите нормативные документы» и т. д.).

Основное внимание сосредоточено нами на разработке ситуационных задач и тестового контроля. Тесты содержат обширный перечень разнообразных по форме вопросов для тематического контроля. Тесты используются для организации самоконтроля со стороны студентов, а также текущего контроля по темам и комплексного итогового контроля по дисциплине в целом. Всего разработано 1500 тестов к 15 темам практиче-

ских занятий по биоэтике (100 тестов на одно занятие) и 350 тестов к 7 темам практических занятий по правоведению.

Приводим образец задания для студентов, выполняемого в качестве самостоятельной работы, пример ситуационной задачи и тестового контроля, выполняемых на практическом занятии по биоэтике и правоведению:

Биоэтика.

Тема № 1: Основные понятия биомедицинской этики. Медицина, этика, право и религия. История биоэтики

Задание № 1

1. Назовите три компонента, лежащие в основе профессиональной деятельности врача.
2. Дайте определение понятию «этика», «биомедицинская этика».
3. Охарактеризуйте проблемы человечества, вызвавшие к жизни новую науку – «биоэтику».
4. Охарактеризуйте 1-й этап развития медицинской этики - регулирование поведения врача в первобытных государствах.
5. Охарактеризуйте основополагающие документы по биомедицинской этике, отражающие общие, фундаментальные положения. (Нюрнбергский Кодекс, Всемирная декларация прав человека 1948 года).

Ситуационная задача № 1

В отделение неотложной помощи глазной больницы поступает по «скорой помощи» военнослужащий срочной службы с тяжелым проникающим ранением с выпадением оболочек глаза, внутриглазным инородным телом. Согласно приказу, помощь военнослужащим оказывается строго в условиях военного госпиталя. Несмотря на угрозу потери глаза как органа без оказания срочной высококвалифицированной офтальмологической помощи, врач приемного отделения направляет пациента в госпиталь. Известно, что в течение трех суток любой пациент с экстренной патологией органа зрения имеет право получить высококвалифицированную офтальмологическую помощь вне зависимости от территориальной и военной принадлежности.

Является ли данный случай примером нравственного преступления?

Закон и право – два норматива, чему отдать предпочтение? Есть ли моральный выбор?

Тестовый контроль № 1

1. Медицина – это:

- 1) наука, рассматривающая проблемы долга и должного в деятельности врача,
- 2) наука о сохранении и укреплении здоровья людей,
- 3) особая форма общественного сознания и вид общественных отношений, регулирующих поведение человека с помощью норм, имеющих идейное обоснование в виде идеалов добра и зла, справедливости, должного и т.д.,
- 4) наука о предупреждении и лечении болезней.

2. Мораль – это:

- 1) совокупность норм и принципов поведения, принятых в данном обществе в определенный период времени,
- 2) система норм нравственного поведения людей, их обязанности по отноше-

нию друг к другу и обществу в целом,

3) наука, рассматривающая проблемы долга и должного,

4) правило, возведенное в ранг закона.

3. *В основе конвенциональной этики лежат:*

1) соглашение между людьми, предполагающие взаимную пользу,

2) обязательные к исполнению правила,

3) религиозные системы,

4) правовые системы.

4. *Ценность человеческой жизни в биомедицинской этике определяется:*

1) возрастом (количество прожитых лет),

2) психической и физической полноценностью,

3) состоянием здоровья и трудоспособности,

4) уникальностью и неповторимостью личности.

5. *Нюрнбергский кодекс стал основой для:*

1) зарождения международного движения в защиту прав человека,

2) развития современного этапа биомедицинской этики,

3) дальнейших научных разработок по деонтологии,

4) нового этапа развития экспериментальной медицины.

6. *Правовое регулирование медицинской деятельности от морального отличает:*

1) общеобязательный характер,

2) социальное одобрение,

3) наличие денежной заинтересованности,

4) участие этических комитетов.

7. *Четвертый этап развития медицинской этики получил название:*

1) новый век этики,

2) деонтологический этап,

3) собственно биоэтика,

4) биомедицинская этика.

8. *Отрицательные факторы внедрения рыночных отношений в медицину:*

1) возможность вневедомственного контроля качества оказания медицинской

помощи,

2) расширение возможностей заработка у врача,

3) распространение на взаимоотношения врач – пациент, отношений: поставщик медицинской услуги – клиент,

4) регулирование медицинской деятельности «*Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан...*».

9. *Вставьте пропущенное слово:*

«В основе деятельности врача и любого специалиста здравоохранения лежат три составляющих: профессиональная подготовка, профессиональная этика, профессиональное».

10. *Установите соответствие:*

Термин

Определение

1. Биология

а) Совокупность наук о живой природе, раскры-

2. Этика
3. Деонтология
- вающих процессы, происходящие на различных уровнях организации живой природы: молекулярном, субклеточном и клеточном, организменном и популяционном, с целью их использования в медицине, сельском хозяйстве и других областях;
- б) Наука о долге и должном;
- в) Наука, изучающая мораль и нравственность;
- г) Учение о моральных, профессиональных и юридических правилах поведения медицинских и фармацевтических работников по отношению к больному;
- д) Наука о природе и смысле моральных взаимоотношений и нравственных принципах.

Правоведение.

Тема № 1: Основные положения правоведения как науки и ее роль в профессиональной медицинской деятельности

Задание № 1

1. Дайте определение "правоведению" как науке и проанализируйте ее связи с профессиональной медицинской деятельностью.
2. Проанализируйте понятие "моральная норма". В чем сходство и отличие нормы права и нормы морали?
3. Охарактеризуйте круг участников правоотношений.
4. Дайте определение административной ответственности, назовите виды административных наказаний.
5. Охарактеризуйте экономические права и свободы человека и гражданина.

Ситуационная задача № 1

Студент 2 курса лечебного факультета без уважительной причины пропустил несколько занятий, на замечания преподавателей отвечал грубостью, за что был строго предупрежден деканом факультета. Однако и после этого допустил грубое нарушение учебного процесса - разговаривал и смеялся во время лекции, за что преподаватель предложил ему покинуть аудиторию.

Являются ли действия студента административным проступком? Аргументируйте свой ответ.

Тестовый контроль № 1

1. Юридическое значение термина "право":

- 1) личная возможность человека, зафиксированная в законе,
- 2) личные права и свободы гражданина, не зафиксированные в законе,
- 3) система правовых норм, регулирующих поведение и деятельность граждан.

2. Функции государства:

- 1) международное сотрудничество,
- 2) охрана окружающей природной среды,
- 3) охрана прав и свобод человека,
- 4) создание прав и свобод гражданина,
- 5) оборона страны.

3. Под нормативным актом следует понимать:

- 1) любой акт государственного органа,
 - 2) закон,
 - 4) акты компетентных государственных органов, устанавливающих нормы права,
 - 5) приказ Минздравмедпрома РФ от 19.12.94 г. № 286 "О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности",
 - 6) Указ Президента о награждении деятелей науки.
4. Неявка на лекцию без уважительной причины является правонарушением:
- 1) административным,
 - 2) гражданским,
 - 3) уголовным,
 - 4) дисциплинарным,
 - 5) правонарушением не является.
5. Гражданское право регулирует общественные отношения:
- 1) имущественного характера,
 - 2) связанные с совершением преступления,
 - 3) права супругов имущественного характера,
 - 4) отношения между работниками и администрацией предприятий и учреждений,
 - 5) вопросы государственного устройства.
6. К политическим правам и свободам человека относят право:
- 1) на жизнь,
 - 2) на жилище,
 - 3) на личную и семейную тайну,
 - 4) на охрану здоровья,
 - 5) право участвовать в управлении делами государства.
7. Свобода передвижения и выбор места жительства могут быть ограничены:
- 1) в закрытом административно-территориальном образовании,
 - 2) в связи с подпиской о невыезде,
 - 3) не может быть ограничены,
 - 4) в связи с психическим заболеванием,
 - 5) нет правильного ответа.
8. К какому виду терроризма относится захват заложников:
- 1) политическому,
 - 2) экономическому,
 - 3) информационному,
 - 4) социально-бытовому.
9. Дисциплинарным взысканием является:
- 1) выговор,
 - 2) административный арест,
 - 3) письменное предупреждение государственного органа,
 - 4) строгий выговор,

5) штраф.

10. Санкцией нормы права является:

- 1) правило поведения,
- 2) круг лиц, на которых распространяется данная норма,
- 3) когда и при каких обстоятельствах данная норма вступает в действие,
- 4) последствия неисполнения данной нормы,
- 5) условия исполнения данной правовой нормы.

На групповых практических занятиях рассматриваются вопросы домашнего задания, вызвавшие затруднения у студентов при самостоятельной работе, разбираются ошибки, сделанные при выполнении тестов, решаются ситуационные задачи. На каждом занятии студент получает не менее четырех оценок. По окончании семестра практикуется компьютерный зачет одновременно для всего потока. Для стимулирования активной и ритмичной работы студентов в семестре мы используем балльно-рейтинговую аттестацию студентов ежемесячно и по семестрам.

Таким образом, достигается выполнение одного из основных принципов высшего образования: студент является не обучаемым, а обучающимся, в полной мере разделяющим ответственность за конечные результаты своей подготовки.

Анализируя итоги учебно-методической и научно-методической работы кафедры, наряду со значительными успехами следует отметить проблемы, требующие скорейшего решения. К ним относятся:

- ускорение издания и переиздания подготовленных методических материалов и учебных пособий по дисциплинам;
- подготовка учебника и издание учебника по медицинскому праву и биоэтике;
- издание курса лекций по биомедицинской этике;
- разработка элективного курса по клинической биоэтике для выпускников КГМУ, аспирантов, интернов и практикующих врачей;
- переход на двухэтапное преподавание дисциплин: на младших курсах – «Общая биомедицинская этика» и «Правоведение». На старших курсах – «Специальная биомедицинская этика» и «Медицинское право» одновременно с курсом «Судебной медицины».
- включение биомедицинской этики и медицинского права в программы последипломной подготовки специалистов здравоохранения [1].

В заключение отметим, что инновационный опыт комплексного преподавания правовых и этических основ регулирования медицинской деятельности и судебной медицины в рамках одной кафедры позволяет более эффективно решать задачу подготовки специалиста здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А.А. Биомедицинская этика в системе последипломного образования врачей: учеб.-метод. пособие / А.А. Александров, Т.В. Мишаткина., Т.В. Силич / под ред. Г.Я. Хулупа. – Мн., БелМАПО, 2008. – 134 с.
2. Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики / А.П. Зильбер – М.: МЕД-пресс-информ, 2008. – 848 с.

3. Новиков А.М. Развитие отечественного образования /Полемиические размышления. – М.: Издательство «Эгвес», 2005. – 176 с.
4. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 784 с.
5. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента - гражданско-правовые аспекты. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 312 с.
6. Силуянова И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности. Учебное пособие. –М.: МЕДпресс. 2008.- 224 с.

Г.В. Ломакина
**КЛИНИЧЕСКИЕ, ЮРИДИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
 К АНАЛИЗУ СЛУЧАЯ ИСТИННОГО ТРАНССЕКСУАЛИЗМА
 В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1

Расстройства половой идентичности, одним из вариантов которых является транссексуализм, относятся к числу наиболее проблемных областей психиатрии и сексологии.

Связано это с нерешенностью целого ряда клинко-психопатологических, дифференциально-диагностических и классификационных аспектов данных нарушений, что, в свою очередь, влечет неопределенность тактики лечебно-реабилитационных подходов и неразработанность организационно-правовых и этико-деонтологических основ оказания помощи таким больным [4].

В отечественных исследованиях выделяют "краевые" и "ядерные" формы транссексуализма (Васильченко Г.С. с соавт., 1983). При "краевых" формах возможна удовлетворительная социально-психологическая адаптация даже без изменения гражданского пола, или подобные лица могут удовлетвориться сменой только гражданского пола без хирургической или гормональной коррекции. Вместе с тем существует мнение, что четких границ между лицами с половой дисфорией, требующими хирургической коррекции и не требующими ее, нет.

Противоречивость клинических описаний в исследованиях расстройств половой идентичности отразилась и на их месте в МКБ-10. Достаточно четко это прослеживается на примере расстройств половой идентификации (идентичности) (F64). В эту рубрику входят: транссексуализм (F64.0); трансвестизм двойной роли (включаются нарушения половой идентификации нетранссексуального типа в подростковом и зрелом возрасте) (F64.1); расстройство половой идентификации у детей (F64.2), другие расстройства половой идентификации (F64.8) и расстройство половой идентификации, неуточненное (включается расстройство половой роли БДУ) (F64.9).. Наряду с этой группой имеется и другая рубрика - "психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией" (F66). Указание в ней на "страдание от сомнений в собственной половой принадлежности", которое "наиболее часто имеет место в юношеском возрасте" нивелирует ее различие с расстройствами половой идентичности.

Как видно из вышеизложенного, остаются слабо разработанными клинические критерии разграничения транссексуализма и других нарушений половой идентичности, которые должны лежать в основе показаний и противопоказаний к смене паспортного иола, или различных видов его коррекции. Недостаточно разработан и вопрос дифференциальной диагностики транссексуализма с другими психическими расстройствами.

В целом признается необходимость комплексного подхода к диагностике и терапии пациентов с расстройствами половой идентичности с обязательным участием не только психиатров и психологов, но и специалистов других медицинских дисциплин — эндокринологов, хирургов.

Психологические исследования при транссексуализме в основном направлены на изучение сформированности полового самосознания пациента, определение факторов, обуславливающих дезадаптацию в биологическом поле [1]. Однако определению для каждого конкретного пациента потенциальных возможностей адаптации в новом поле на разных уровнях (полового самосознания, межличностного общения, межпартнерского взаимодействия и т.д.) практически не уделялось внимания. В то время, как успешность смены пола в большей степени определяется психологической и социальной адаптацией, нежели хирургической коррекцией. Подчеркивается необходимость клинического, а не "социально-депатологизирующего" подхода к транссексуализму для более четкого определения показаний к хирургической коррекции пола.

Приводятся данные [6]), что 3,8% пациентов, прошедших хирургическую смену пола, сожалели о своем решении, причинами чего являются недостаток поддержки от семьи пациента и его принадлежность к "неосновной" группе транссексуалов, позднее начало гендерного конфликта, неблагоприятный семейный фон, фетишистский кросс-дрессинг, психологическая нестабильность и/или социальная изоляция. Высказывалось мнение, что мужские и женские разновидности транссексуализма — не аналоги, и их различия в адаптации в смысле партнерства не зависят от операции.

В данной работе поставлена цель: проанализировать конкретный случай женского транссексуализма с клинико-диагностических, этико-психологических и правовых позиций.

Клинический случай. Пациентка М. О. Д. 37 лет. Не работает. Направлена на госпитализацию КПД повторно. Диагноз - Истинный транссексуализм. F 64.0.

Анамнез. Наследственность манифестными психозами неотягощена. Старший брат страдал эпилепсией и умер в младенчестве. Родилась 7-ми месячной. Достоверных сведений о раннем развитии нет. Со слов больной, до года проживала с матерью и "неродным отцом" в атмосфере конфликтов на почве измены матери. Затем осталась с матерью и бабушкой. В развитии не отставала. Детский сад посещала непродолжительное время, находилась под присмотром бабушки. По характеру формировалась активной, подвижной, предпочитала общество мальчиков. В мальчишеских компаниях лидировала, организовывала различные шалости. Сама надевала мужскую одежду, так как женская «была противна», в связи с чем, часто подвергалась физическим наказаниям, однако предпочтений в одежде не меняла. Пробовала курить с 5-ти летнего возраста. Выбирала игры, игрушки, свойственные мужскому полу, «дружил в основном с мальчиками», в отношениях с девочками «считал себя парнем», «мечтал стать сварщиком». Хотела быть похожим на «соседа-мужчину». В младших классах, по настоянию педагогов, носила женскую форму, но в старших классах отказалась от формы, несмотря на конфликты с учителями и матерью. Училась посредственно, предпочтение отдавала физике и физкультуре. Имела проблемы с поведением из-за курения. В период обучения имела проблемы с использованием общественным туалетом, предпочитала "терпеть" и не посещать туалет в общественных местах. Окончила 11 классов и поступила в техникум»

кум, но через неделю перестала посещать занятия из-за конфликтов и драки с однокурсниками (являлась предметом насмешек и издевательств, так как пользовалась мужским туалетом). С 17 до 28 лет работала мойщицей машин, затем церковным сторожем, разнорабочей, в настоящее время не трудоустроена.

Половое развитие началось с 14 лет. Появление менструации и рост молочных желез вызвал отвращение "до тошноты". В это время прочитала статью в газете о возможной смене пола, что и стало целью дальнейшей жизни. Влечения к противоположному полу не испытывала. В 21 год была первая влюбленность в женщину. Привлекали женщины «с красивыми ногами и грудью». С 23 лет (по инициативе партнёрши) выполняет инъекции аналога мужского полового гормона. Месячные с 13 лет. С 23 лет и по настоящее время менструации отсутствуют в связи с периодическими инъекциями «сустанона», либо «омнадрена» 1 мл ежемесячно, появился рост волос на теле и лице по мужскому типу. Встречалась с партнёршей на протяжении 10 лет. Во время половой активности сама никогда не раздевалась. В течение последних пяти лет сексуальных отношений ни с кем не поддерживает «знакомиться не хочется». С мужчинами отношения только «дружеские». Мастурбацию отрицает, считает «глупым расходом энергии». Туалетную комнату выбирает мужскую. Обследуемая скрывает свой морфологический пол, под мужским именем и внешностью живёт более 10 лет. Место жительства никогда не меняла. Сообщила, что знающие её люди, в том числе мать, воспринимают и обращаются к ней как к мужчине. В планах на будущее: «доучиться на сварщика, устроиться на работу и не сидеть на шее у матери».

В 1996 г находилась на обследовании и лечении в СКПБ №1 с диагнозом "Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип". В стационар попала после суицидальной попытки (выпила 4 флакона корвалола и 5 флаконов настойки пустырника) на фоне конфликта с матерью, которая требовала "одевать юбку и выходить замуж". В дальнейшем к психиатрам не обращалась и под наблюдением не состояла.

Настроена на смену паспортного, а в дальнейшем и соматического пола на мужской путём хирургического вмешательства. С 10.06.2010 г по 11.06.2010 г находилась на обследовании в отделении № 11 СКПБ № 1 по направлению психиатра КПД с целью уточнения диагноза и принятия решения о возможности смены гражданского и анатомического пола в соответствии с утверждёнными методическими рекомендациями по смене пола от 26 августа 1991 г № 10-11/72, но в связи с семейными обстоятельствами по собственной просьбе была выписана на следующий день после поступления, обследование завершено не было. Настоящая госпитализация с той же целью, направлена психиатром КПД.

ЧМТ, менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты, отрицает. Туберкулез, венерические заболевания, малярию, гепатит, тиф - отрицает. Вредные привычки и хронические интоксикации - отрицает. Аллергологический анамнез - не отягощен. Дисфункцию кишечника за последние 3 недели отрицает.

Страховой анамнез: в лечении не нуждается.

Состояние при поступлении. Жалоб на здоровье не предъявляет. Контакт доступен. Ориентирована верно во всех видах. Голос низкий, одета в мужскую одежду, носит бороду. На вопросы отвечает в плане заданного. Настроена на получение заключения для разрешения на смену пола. Мышление последовательное. Активной психотической симптоматики не выявляет. Суицидальных, агрессивных тенденций не обнаруживает. Эмоционально лабильна.

В отделении жалоб не предъявляет. Оволосение головы и лица по мужскому типу, грудь и половые органы сформированы по женскому типу. Телосложение астеническое. Голос грубый.

О себе говорит в мужском роде, называя себя именем "Сергей", но поясняет, что так называют ее знакомые, после смены пола намерена взять имя "Максим". Откровенно рассказывает о себе, много шутит, часто произвольно отклоняется от обсуждаемого вопроса. Суждения отличаются упрощенностью и бескомпромиссностью. Высказывает непоколебимое намерение сменить пол, обосновывая это решение необходимостью работать, пользоваться мужским туалетом. В роли сексуального партнера себя не видит, старается сменить тему, называя это "глупостями". При детальном расспросе и затрагивании эмоционально-значимых тем легко аффектируется, становится раздраженной, но быстро успокаивается. Внешне старается демонстрировать спо-

койствие и рассудительность, но обнаруживает невербальные признаки напряжения и тревоги. Эмоциональные реакции лабильные. Мышление последовательное. Симптоматики психотического уровня нет.

В структуре личности присутствуют черты незрелости, импульсивности, склонности к формированию напряженных взаимоотношений. В психологическом реагировании использует пассивно-агрессивные протестные реакции. Критические, аналитические и прогностические возможности не высокие. Мнестические и интеллектуальные способности соответствуют возрасту и образованию.

В отделении настояла на помещении в мужскую палату, пользуется мужским туалетом, демонстрирует мужское поведение: включается в трудовые процессы, помогая мед. персоналу в переносе тяжестей.

Результаты лабораторных исследований патологии не выявили.

Терапевт: от 27.10.10 г. Дисметаболическая миокардиодистрофия Н1.

Невролог: от 27.10.10 г. На момент осмотра без неврологической патологии.

Психолог: от 18.10.10 г. Нарушения внимания выражены нерезко. Мнестико-интеллектуальные способности соответствуют возрастным нормам и полученному образованию (77 б). Мышление незначительно замедленное по темпу течения ассоциаций, с детализацией в суждениях, последовательное, логичное, без нарушения операциональной стороны и критичности, отмечаются единичные суждения с соскальзываниями по личностно значимым признакам. Нарушений продуктивности умственной работоспособности и истощаемости психических функций не выявлено. Эмоционально-волевая неустойчивость, мотивация достижения, повышение уровня притязаний, стеничность, акцентуация характера неустойчивого типа. На момент обследования контроль за поведением не нарушен.

Лечение не принимал. Состояние при выписке. Жалоб не предъявляет. Данные осмотра: Состояние без динамики. Выписан из отделения: самостоятельно».

Клинический анализ данного случая показывает, что диагноз «Транссексуализм» (F64.0) поставлен методологически правильно. У пациентки ощущение собственной принадлежности к противоположному полу, желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получать гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу. Имеет место стойкая транссексуальная идентификация в течение многих лет, что не является симптомом другого психического заболевания или дополнительным признаком каких-либо межполовых, генетических или хромосомных аномалий.

Наблюдались расстройства половой идентификации в детском возрасте транссексуального типа до начала пубертата.

Правовой анализ данного случая показывает отсутствие в России четких законодательных нормативных актов, регулирующих установление половой принадлежности и изменение гражданского пола [2], что создает в правовом отношении неопределенную ситуацию, допускающую неоправданную вариативность принимаемых решений. Вопросы медицинского обеспечения правовой регуляции оказания медико-социальной помощи лицам с синдромом отрицания пола в настоящее время не решены. Юридический аспект представлен только методическими рекомендациями по смене пола от 26 августа 1991 г № 10-11/72, которые позволяют пациентке осуществить хирургическую операцию и получить соответствующие документы в ЗАГСе.

Этический анализ показывает, что отсутствует нравственная составляющая данного случая. Лечение, как таковое, не проводилось, так как не требовалось с клиниче-

ских позиций. А бесконтрольное самостоятельное применение пациенткой лекарств (мужских половых гормонов) было проигнорировано.

Обследование психолога выявило признаки педагогической запущенности в детстве, личностной незрелости и неопределенность «Я-образа», отсутствие представлений о своих сексуальных функциях в новой половой роли и т. д. Вопрос о психологической помощи и психотерапии не рассматривался.

В то же время психологическое исследование лиц, обратившихся с вопросом смены паспортного пола и последующей хирургической и гормональной коррекции, должно решать следующие задачи: 1) проведение дифференциальной диагностики с психопатологическими состояниями с бредовыми идеями полового метаморфоза, а также с другими нарушениями половой идентичности; 2) выявление особенностей психосексуальной сферы, позволяющих построить оптимальную стратегию и тактику лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении данного пациента. Методологический подход при этом должен основываться на модели, рассматривающей половую идентичность в рамках "Я-концепции" как совокупность множества факторов: полотилических установок, коррелирующего с полом поведения, интересов, физических атрибутов, социальной половой роли - набора предписаний и ожиданий, предъявляемых обществом, отношения самой личности как к своим индивидуальным свойствам, связанных с полом, так и к своим социальным половым ролям, личностного смысла индивидуально-половых особенностей и социальных стереотипов в совместной деятельности [3, 5, 6].

Методический арсенал исследования психосексуальной сферы должен быть направлен на исследование когнитивного, эмоционального и смыслового аспектов "Я-концепции".

Многими психологами, общавшимися с транссексуалами, отмечается, например, снижение критики, излишняя (по их мнению) "зацикленность" на перемене пола и пренебрежение другими целями в жизни. В последнем кроется опасность того, что после достижения заветного результата, человек как бы останется без ориентиров для дальнейшего развития и может даже разочароваться в последствиях операции. Многим кажется, что после операции, или после смены документов и адаптации в новом поле изменится все - и вокруг, и в самом себе. Но на самом деле изменений может не произойти.

Таким образом, врачи-психиатры несут нравственную ответственность, выявляя отсутствие противопоказаний к смене пола у каждого конкретного пациента. Моральные и психологические соображения должны быть исходной посылкой в принятии решений о медицинском вмешательстве. Это гарантирует соблюдение соотношения риска и пользы в интересах пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берн Ш. Гендерная психология. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. – 320 с. Вольф М. Патопсихология и ее методы/ М. Вольф; Науч. ред. пер. на рус. яз. С.Л.Соловьева. - СПб.: Питер, 2004. - 191 с.

2. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ГК и УК РФ (в части, касающейся лиц с психическими расстройствами) /Под общ. ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Спарк, 2002. – 383 с.

3. Каган В.Е. Воспитателю о сексологии. – М.: Педагогика, 1991. – 256 с.
4. Карпов А.С. Проблемы диагностики транссексуализма (сексологический аспект) // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — т. II. — вып. 2. – С. 88-91.
5. Кле М. Психология подростка: (Психосексуальное развитие) / Пер. с фр. – М.: Педагогика, 1991. – 176 с.
6. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.

Г.Р. Тулендинов
**ОБСУЖДАЕМ ПРОЕКТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА:
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Кафедра судебной медицины (зав. – проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

30.06.2010 г. в своей последней редакции от 01.12.2010 г. для широкого обсуждения был предложен проект федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

В соответствии с протоколом совещания у заместителя председателя правительства РФ А. Жукова от 14.01.2011 г. Министерству здравоохранения и социального развития поручено завершить работу по замене действующих Основ законодательства об охране здоровья граждан на новый законопроект и доработав его совместно с другими министерствами (Минэкономразвития, Минфин, Минрегион) внести последний на рассмотрение Правительства РФ.

Новый законопроект вызвал значительный интерес со стороны медицинской общественности, в рамках которого в Кубанском государственном медицинском университете 15.03.2011 г. на зональном совещании по его обсуждению были заслушаны предложения сотрудников университета, работников медицинских учреждений Кубани, а также представителей законодательного собрания Краснодарского края.

В результате обсуждений наряду с позитивными изменениями, к которым можно отнести правовую часть нового законопроекта, а также некоторые дополнения и изменения в связи с уже принятыми другими законодательными актами, в законопроекте были отмечены недостатки, связанные с вопросами организации здравоохранения, трансплантацией, платностью медицинской помощи и др. Перечислим некоторые из них.

По-прежнему в силу сложившейся в нашей стране традиции в законопроекте не указаны имена его составителей, которым можно было бы задать вопросы и получить пояснения по законопроекту, который отразится на подавляющем большинстве граждан страны.

Из законопроекта полностью выпала статья 2, пункт 5 Основ законодательства об охране здоровья граждан, касающаяся ответственности государства (вместо ответственности записаны полномочия, что, не одно и то же), которой в новом законопроекте нигде нет. Т.о. ответственность властей с государственных плеч перекладывается на работодателя, пациента и население.

Из вводной части закона (п.14 ст. 2 Закона): "лечащий врач – медицинский работник, персонально ответственный за оказание медицинской помощи пациенту в период его наблюдения и лечения". Из данного определения непонятно, нужно ли врачу какое-либо медицинское образование, опыт работы по профилю, и т. п. Основной акцент сделан на слова: "персонально ответственный".

Статья 13, п.11 вводит четко выраженную дискриминацию в оказании медицинской помощи. По-видимому, с точки зрения здоровья, государственные гражданские служащие находятся на особом положении.

Законопроектом будет узаконена платная медицинская помощь (уже разрешенная ФЗ №83), поскольку правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями были утверждены лишь постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. №27 и вопреки Конституции РФ, которая согласно статье 15 имеет высшую юридическую силу. На наш взгляд, нельзя читать 41 статью Конституции РФ так, как будто медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет граждан. В ряде случаев одна и та же медицинская помощь оплачивается трижды: из общих налогов, налога на ОМС и из кармана граждан. Исходя из сказанного, очевиден курс на полный переход к платной медицинской помощи, что сделает её недоступной для 70% граждан, так как лишь 22% россиян (по данным Госкомстата) имеют накопления. Понятно, что на те виды помощи, которые должны быть пока бесплатными, будут созданы любые оттяжки и организованы очереди, а за плату - без очереди [4].

Некоторые вопросы в законопроекте расписаны крайне детально, а другие представлены лишь в общем виде.

а) так, п. 5 ст. 18 дословно перенесен из ст. 30 действующих Основ, в результате по-прежнему осталось непонятным, что понимают авторы проекта под доступными способами и средствами «облегчения боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством...». Например, можно ли считать ли доступным способом предложение пациенту с острой или хронической болью купить в аптеке анальгин? Ведь в последующем не возможно доказать чиновнику или судье, что это несоответствующее лечение. Вместе с тем, лечение хронической боли в нашей стране является значительной проблемой и большая часть граждан, в особенности проживающих в сельской местности, практически лишена доступа к наркотическим анальгетикам, без которых невозможно представить себе современное обезболивание при метастатическом раке и иных тяжелых состояниях [2].

Частью данной проблемы, по мнению ряда юристов, является борьба с распространением наркотиков и давлением соответствующих ведомств, безденежьем и иными причинами, но, вместе с тем, в своем нынешнем виде законопроект не только не пытается решить важную проблему, но и выводит ее из области ответственности органов здравоохранения перед населением.

б) так, в отношении больных, получающих помощь в рамках льготных программ (например, «семи нозологий», ст. 41), присутствует излишняя детализация с указанием на необходимость заполнения полей учетных форм (где зарегистрирован, где проживает и т.п.). С точки зрения формирования законодательства подобная детализация приемлема в подзаконных актах, но не в федеральном законе, трактующем Основы законодательства. К тому же, необходимость указания регистрации является ограничением прав граждан на возможность получения лекарственного обеспечения. Также считаем правильным предоставление возможности получения бесплатных лекарств не по перечню заболеваний, а принципу их выбора, что в данном законопроекте осталось несформулированным. Поэтому необходимо обсудить не наличие конкретного заболевания, а осно-

вания к формированию перечня болезней для первоочередного бесплатного обеспечения лекарственными препаратами.

8. В соответствии со ст. 25 законопроекта больной человек, не соблюдающий здоровый образ жизни или не проходящий медицинский осмотр, может оказаться нарушителем закона, ибо сам виноват.

9. г) не разрешены противоречия между Законом РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и Федеральным законом от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле». По-прежнему в ст. 64 декларируется не оправдавшая себя модель презумпции согласия на изъятие органов, в соответствии с которой каждый гражданин признается давшим согласие на изъятие у него органов для трансплантации, если он заблаговременно не выразил своего несогласия.

Ограничивая возраст для добровольного донорства органов, законопроект разрешает изъятие костного мозга у несовершеннолетних без их согласия, не давая им права отказа (п. 3 ст. 44: «Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации допускается с согласия живого донора, достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга)»). Т. о. допускается насильственное, без информированного согласия, изъятие органов у лица, не достигшего 18 лет.

С другой стороны, п. 4 ст. 42 разрешает пересадку только реципиентам 18 лет и старше («Пересадка органов и (или) тканей человека допускается с согласия реципиента, достигшего восемнадцатилетнего возраста, полученного в порядке, предусмотренном статьей 8 настоящего Федерального закона»). Непонятно, почему авторы законопроекта предполагают лишить права на получение донорского органа, например сердца, лиц в возрасте до 18 лет?

По-прежнему остается неурегулированной ситуация по срокам, порядку и условиям передачи не востребовавшего тела, органов и тканей умершего для использования в научных целях. С существующими нормативными актами, к которым отсылает по данным вопросам п. 3. ст. 64 настоящего законопроекта также возникают сложности, так как ни в каком из них нет разъяснений по данной процедуре, а предлагаемые меры по расширению доступности трупного материала для учебного процесса, предпринимаемые более 5-ти лет на разных уровнях академиком РАМН, профессором М.Р. Сапиным и Л.Л. Колесниковым и предложения по внесению изменений в соответствующие Федеральные законы блокируются. Приказ №407 от 10.12.96 г. содержал регламентацию по срокам и процедуре передачи тел умерших для учебных и научных целей, однако 14.09. 2001 г. он был отменен, а из новой редакции данные положения выпали полностью. Принимая во внимание учебные задачи медицинских вузов, где учебными планами и программами предусмотрена обязательная учебная практика, направленная на освоение практических навыков, подготовка современного специалиста может быть обеспечена только при условии организации систематической работы студентов на трупах людей. К сожалению, в настоящее время, данные задачи учебного процесса не имеют альтернативного решения. Вместе с тем, такие занятия не могут быть заменены ни изучением компьютерных моделей, ни работой на муляжах и специальных тренажерах, которые являются весьма ценными, но все-таки вспомогательными средствами обучения. Только систематическая работа на реальных биологических объектах может обеспечить будущим врачам детальное знание структуры человеческого тела во всем многообразии возрастной, инди-

видуальной и половой изменчивости, свободное владение техникой установления причин смерти для всемерного содействия органам здравоохранения в улучшении качества лечебной помощи населению и проведении профилактических мероприятий, а также служащих целям и задачам российского правосудия.

10. В новой редакции (ст. 47 ОЗОЗ) вводится ограничение на право совместного нахождения с ребенком, которое будет предоставляться его законным представителям только если ребенку «до трех лет включительно», а если он старше трех лет - то «при наличии медицинских показаний». В остальных случаях реализация данного права будет осуществляться на платной основе.

Государства стараются приблизить свое законодательство к этическим нормам, а практику - к требованиям законодательства; в нашем случае все делается наоборот, и более гуманная норма закона меняется на менее гуманную.

11. В соответствии со ст. ст. 93-95 настоящего закона граждане имеют право на «возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи» на основании отдельного федерального закона. Если речь идет об ответственности медицинских организаций по законопроекту «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами», то последним определено возмещение вреда только в случае смерти или инвалидности пациента. Т. о/, иные последствия, связанные с недоброкачественной медицинской помощью, выведены за рамки ответственности учреждений здравоохранения и медицинского персонала. Исходя из сказанного, необходимо рассмотрение и коррекция данного закона в комплексе со смежными нормативными и подзаконными актами [1].

12. В законопроекте постоянно делается акцент на развитие высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП), для чего будет выделено дополнительно 40 млрд. руб. до 2014 г. (медицинские научно-практические центры в Москве, С-Петербурге и Новосибирске). Несмотря на то, что на (ВТМП) приходится всего 1.7% в объеме всей стационарной помощи, за последние 15 лет затраты на неё выросли в 6.2 раза. По мнению многих исследователей - это путь в никуда. Во всем мире стараются так организовать первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), делая акцент на предупреждении и возможно раннем выявлении заболеваний, когда они еще сравнительно легко поддаются лечению, с тем, чтобы не допустить пациентов до сложного и дорогостоящего высокотехнологичного лечения [2].

В качестве вынужденной (в связи с имеющимися на сегодня запущенными, пропущенными и тяжелыми заболеваниями) временной меры, следует развивать эти технологии в ближайшие 3-5 лет, но на перспективу в качестве стратегии (а законопроект устанавливается не на несколько лет) необходимо вектор развития повернуть в прямо противоположную сторону. Ведь от того, как сработает первичное звено здравоохранения, целиком и полностью зависит эффективность, т.е. соотношение результатов и затрат, на всех остальных уровнях медицинской помощи [3].

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. В ст. 2 целесообразно внести дополнения о необходимости наличия у лечащего врача высшего медицинского образования и стажа работы по профилю не менее 1 года.

2. В дополнение к ст. 18 требуется законодательное подкрепление прав граждан. Т.е. логика построения законопроекта в части прав пациентов и граждан, на наш взгляд,

должна быть примерно следующей: обозначается каждое право граждан, затем указывается, кто за это отвечает, что он должен обеспечить и что ему будет, если он это право не обеспечит.

3. В рамках ст. 20 дополнить п. 5. законопроекта указанием конкретного срока и порядка предоставления гражданам медицинской документации, и изложить данный пункт в следующей редакции: «Гражданин либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления не позднее 3-суток с момента обращения, получать медицинскую карту, иные медицинские документы и выписки из них, отражающие состояние его здоровья, а также заверенные копии данных документов. Порядок и сроки предоставления отдельных видов медицинской документации, могут быть дополнительно установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4. Исключить из законопроекта ст. 25, декларирующую обязывающий характер соблюдения здорового образа жизни, долголетия и т. п.

5. а) п. 4 ст. 42 изложить в следующей редакции «Пересадка органов и (или) тканей человека допускается с согласия реципиента или его законного представителя, полученного в порядке, предусмотренном статьей 8 настоящего Федерального закона», исключив из неё указание на достижение реципиентом восемнадцатилетнего возраста.

б) п. 3 ст. 44 изложить в следующей редакции: «Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации допускается с согласия живого донора, достигшего восемнадцатилетнего возраста», исключив из неё фразу «за исключением случаев пересадки костного мозга».

6. Исключить введенное новой редакции (ст. 47) ограничение на право совместного нахождения с ребенком и вернуть изложение данной статьи граждан в редакции ст. 30, п. 12 действующего закона. Присутствие родителей дает возможность реализовать им право на информированное согласие на медицинское вмешательство, право на отказ от него, право на информацию о состоянии здоровья ребенка и др. С учетом возражения медиков на то, что, что пребывание родителей в больницах не предусмотрено СНИПами и СанПиНами, необходимо рассмотреть возможность устранения данного расхождения между ними и законом путем изыскания средств для приведения лечебных учреждений в соответствие требования последних.

7. В рамках ст. 64, считаем: первое – закрепление законодательно единственно верным решением - изъятие органов только у тех граждан, которые при жизни изъявили желание быть донорами; второе – постановка общественного контроля за очередью на пересадку органов и полное отстранение от контроля и управления очередями организаций, проводящих трансплантацию; третье - принимая во внимание учебные задачи медицинских образовательных учреждений вузов и современные требования к качеству и уровню подготовки специалистов в сфере здравоохранения, внести дополнения в ст. 12 Федерального закона №8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» с четким указанием сроков, порядка и условий передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего для использования в научных и учебных целях. За основу предлагаем взять удачно зарекомендовавшие себя положения п. 10 действовавшего до 2001 г. приказа МЗ №407 от 10.12.96 г.

8. По нашему мнению, в данном законе необходимо закрепить норму, однозначно исключающую дополнительную оплату за оказанную медицинскую помощь со стороны

пациентов. Для того, чтобы врач не рассматривал пациента в качестве источника своих доходов, считаем необходимым акцент на развитии договорных отношений с предприятиями и добровольном (частном) медицинском страховании, дающих пациенту дополнительные возможности при одних и тех же стандартах (клинических рекомендациях) оказания медицинской помощи, а медицинским учреждениям и медицинским работникам - законные дополнительные, но обезличенные для врачей доходы.

9. Определяя данным законопроектом перспективную модель развития здравоохранения в целом, необходима реорганизация всей системы здравоохранения с определением приоритетных направлений развития на ближайшее пятилетие, направленных на массовую профилактику и укрепление здоровья, ПМСП, охрану здоровья матерей и детей, качество медицинской помощи. Не менее важным в этой связи является разворот здравоохранения к массовому пациенту, поскольку основные ресурсы здравоохранения (кадровые, материально-технические, финансовые и информационные) сосредоточены в регионах на местах, а не делать акцент на преимущественное строительство дорогостоящих центров высоких технологий. Также, на наш взгляд, среди перспективных направлений должна найти свое место в новом законопроекте кадровая политика.

Литература

1. Башинский А.Д. Резолюция зонального совещания по общественному обсуждению проекта федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Краснодар. -2011. – С. 4.

2. Власов В.В. Обновленные Основы: обсуждение проекта закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» / Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – М., - 2010, №11. – С. 5-9.

3. Комаров Ю.М. О проекте Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». <http://www.organum-visus.ru>.

4. Стенограмма круглого стола Комитета по охране здоровья на тему: Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации от 08.12.2009 г., 15 часов. <http://www.pravmir.ru>.

Г.Р. Тулендинов, А.И. Шевченко

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ДИСЦИПЛИНА В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОГО ВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Кафедра судебной медицины (зав. – профессор, д.м.н. В.А. Породенко) КубГМУ,
Кафедра уголовно-процессуального права Северо-Кавказского филиала
ГОУ ВПО РАП, МУЗ ГП №1 (гл. врач – к. м. н. А.И. Шевченко), г. Краснодар*

Современные политические, социально-экономические и нормативно-правовые преобразования, происходящие в России сегодня, находят свое отражение и в сфере охраны здоровья населения [8]. Фундаментальные изменения нормативно-правовой базы российского здравоохранения, возросшая потребность медицинского сообщества в знаниях по юридическому обеспечению здравоохранительной деятельности, а также повышение правовой грамотности населения в сфере оказания медицинских услуг, требуют неотложного совершенствования системы высшего и среднего профессионального образования [2, 3].

При опросе работников здравоохранения, юристов, сотрудников ФОМС и социальной защиты населения - слушателей цикла повышения квалификации по программе «Правовые вопросы в системе здравоохранения», проводимого ГОУ ВПО «Российская академия правосудия» (г. Краснодар, 2010), до его начала около 60,5% опрошенных высказались о желании повысить свою юридическую грамотность. После окончания лекционного курса и практических занятий необходимость совершенствования правовой подготовки по различным вопросам медицинского права отметили более 89% респондентов.

Студенты медицинских вузов также с пониманием относятся к важности курса правоведения в профессиональной подготовке врача. Особую значимость юридические основы медицинской деятельности приобретают для них после прохождения курса судебной медицины [5]. При анонимном анкетировании студентов 5-6 курсов около 95% опрошенных заявили о важности курса правоведения, особенно в свете различных дефектов и правонарушений, допускаемых медицинскими работниками [1].

Однако достаточно длительный период в медицинских вузах преподавание правовых основ предусматривалось курсом «Советского права», имевшего достаточно отдаленное отношение к медицине, хотя в большинстве стран мира медицинское право уже заняло достаточно прочную позицию, как в обучении студентов-медиков, так и профессиональной деятельности практикующих медицинских работников [6, 7]. К сожалению, и в настоящее время медицинское право в России ещё не оформилось в качестве учебной дисциплины, обязательной для изучения во всех медицинских и юридических вузах [4], хотя первая самостоятельная кафедра медицинского права была создана еще в 1995 г. в Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, а в 2000 г. утверждена первая официальная Программа по данной учебной дисциплине.

В действующем утвержденном учебном плане по специальности «Врачебное дело» предусмотрено преподавание «Юридических основ деятельности врача» в объеме 36-часового курса, где отрасли права (гражданское, уголовное, семейное и др.) изучаются как отдельные предметы и методы правового регулирования, в то время как вопросы медицинского права с его универсальным медико-юридическим характером, рассматриваются в очень сокращенном виде как при чтении лекции, так и при проведении практического занятия.

Вместе с тем, несмотря на 15-летнюю реализацию медицинского права в стране и высокую востребованность медиками знаний в данной отрасли, ситуация в обществе не только не разрешается, но нарастает и обостряется ряд серьезных проблем, связанных с вопросами правового регулирования ненадлежащего оказания медицинской помощи, правовой защиты медицинских работников и учреждений здравоохранения и др.

В средствах массовой информации муссируются и преподносятся преимущественно «жареные» факты, связанные со случаями дефектов в медицинской практике, изложенные и обставленные таким образом, что у населения иного, кроме как негативного, отношения к здравоохранению и медикам не возникает. Ситуация усугубляется отсутствием в стране соответствующей нормативно-правовой базы и системы социальной защиты медицинских работников, а также острым недостатком юристов, обладающих достаточным объемом медицинских знаний для квалифицированного представительства интересов медицинских учреждений и врачей в случае претензий на некачественное

оказание медицинских услуг [9]. Медицинским работникам для отстаивания своих интересов приходится пользоваться услугами адвокатов, не имеющих достаточного представления об особенностях ведения «врачебных дел», либо самостоятельно осуществлять защиту своих прав в судах, теряя при этом квалификацию, душевное, физическое и материальное благополучие. Также, отмечается острая нехватка учебно-методической литературы по различным аспектам медицинского права для студентов, врачей, юристов и других смежных специальностей. Полноценных отечественных изданий и методических рекомендаций по данному направлению крайне недостаточно. Большая часть публикаций носит информационно-справочный характер или попросту является сборниками нормативных актов.

Многообразие и актуальность указанных проблем ставит перед современным медицинским образованием ряд таких задач, как:

- введение обязательного курса "Медицинское право" в программу подготовки будущих врачей с привлечением к преподаванию специалистов, имеющих два высших образования – медицинского и юридического с увеличением количества учебных часов и их перераспределением в сторону изучения вопросов медицинского права;

- целесообразность формирования специалистов с высоким уровнем не только фундаментального медицинского образования, развитым интеллектом и высокими нравственными качествами, но и необходимыми правовыми знаниями, касающимися юридической защиты врача от необоснованных обвинений, на воспитание специалиста, знающего свои права и обязанности, умеющего их отстаивать и не злоупотребить ими;

- необходимость активной разработки курса лекций, учебно-методических пособий и материалов по различным аспектам медицинского права с возможностью творческого подхода и активного познания основ юриспруденции, инициативностью в решении задач, а также для выработки умения у врача принимать нестандартные решения и предвидеть их последствия;

- постановку вопроса о создании в структуре медицинских вузов самостоятельных курсов, а затем и кафедр медико-правового направления по примеру Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, Ростовского и Самарского государственных медицинских университетов с созданием единого комплекса образовательных, научных и клинических подразделений, объединяющих все направления образовательной и иной, связанной с ней, деятельностью в вузе для обеспечения их соответствия постоянно изменяющимся требованиям законодательства в различных сферах медицинской деятельности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Акопов В.И. О целевой характеристике и нерешенных проблемах преподавания судебной медицины // Российский биомедицинский журнал. – М., 2003. – С. 5.
2. Корсаков С.А. Медицинское право и его роль в подготовке врача // Медицинское право. М., 2007. - № 2. – С. 17-19.
3. Кушербаев С.К. О преподавании медицинского права в юридическом вузе // Медицинское право. М., 2007. - № 2. – С. 19-21.
4. Москаленко В.Ф. Актуальные вопросы изучения медицинского права в учебном курсе подготовки специалистов медицинской отрасли / В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева, Р.Ю. Гревцова // Медицинское право. – М., 2008. - № 4. – С. 8-9.

5. Попов В.Л. О методологии и методике преподавания судебной медицины в медицинском ВУЗе // Российский биомедицинский журнал. – М., 2003. - С.2-4.

6. Породенко В.А. Учебно-методические проблемы профилизации и активизации юридической подготовки врача / В.А. Породенко, Л.И. Ломакина // Кубанский научный вестник. - Краснодар, 1999. - С. 93-96.

7. Породенко В.А. Проблемы формирования информационных навыков будущих врачей в контексте правовой компетентности / В.А. Породенко, Л.И. Ломакина, Е.Н. Травенко // Современные проблемы науки и образования. - М., 2009. - № 4. - С. 131-133.

8. Стеценко С.Г. Медицинское право : Учебник. - СПб. : «Юридический центр Пресс», 2004. – 572 с.

9. Тихомиров А.В. Медицинское право: Практическое пособие. – М.: «Статут», 1998. – 418 с.

В.А. Шашель, Н.Н. Щеголеватая, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина

БИОЭТИКА И ПЕДИАТРИЯ

Кафедра педиатрии №1 (зав. – проф. В.А. Шашель) КубГМУ,

Кафедра судебной медицины (зав.- проф. В.А. Породенко) КубГМУ, г. Краснодар

Этические проблемы в современном обществе являются одними из самых сложных. Эти проблемы многогранны, решение их зачастую зависит не только от правовой базы, определяющей законодательный порядок, но и от личности врача, пациента, понимания ими вопроса, нахождения путей совместного взаимодействия.

В жизни каждого человека в тот или иной момент возникают проблемы со здоровьем, дети не исключение. В педиатрии этот вопрос наиболее сложен, так как врачи непосредственно имеют дело с ребенком, за «спиной» которого находятся родители или опекуны, имеющих свое ощущение и видение болезни.

Клиническая практика показывает, что проблемы и вопросы, возникающие при оказании медицинской помощи детям, имеют не только сугубо медицинский, но и этический характер и присутствуют на всех уровнях системы «врач - родители - больной ребенок» [1, 2, 4]. Без четкого представления этических особенностей охраны здоровья ребенка нельзя гарантировать безопасность детей при получении ими медицинской помощи.

Изначальное восприятие родителями, а чаще, женщинами - мамами, ситуации вокруг нее и ее ребенка, с этической и психологической стороны, во многом определяет возможность проведения более качественного лечения.

Нами была поставлена цель изучить отношение родителей к тем этическим проблемам, которые возникают до и с момента рождения ребенка.

Данные вопросы мы изучали по оригинальной анкете, разработанной для родителей детей, находившихся в 2009 году на лечении в соматических отделениях ГУЗ «Детская краевая клиническая больница», являющейся на сегодняшний день самым крупным многопрофильным педиатрическим учреждением Краснодарского края.

В ходе опроса для анализа были отобраны анкеты детей, в которых женщины считали беременность данным ребенком желательной. При анализе анкет 92% матерей оценивали свои бытовые условия хорошими и удовлетворительными, а свой доход – соответствующий прожиточному минимуму. На основании этого был сделан вывод о не-

значительном влиянии жилищно-бытовых и материальных условий на состояние здоровья ребенка.

В группе вопросов о личном отношении родителей к медицинской помощи мы выявили факт позднего обращения в стационар у 15% матерей, что было связано со страхом посещения врача и детской поликлиники, а так же возможными медицинскими манипуляциями. Кроме того, было установлено, что 75% матерей знают о необходимости консультации врача при первых признаках болезни. 10% опрошенных ответили, что не обращались за помощью к медицинским работникам в связи с предпочтением лечения народными средствами.

В процессе анкетирования обнаружено только 28% семей, следующих принципам профилактической медицины в отношении своих детей. Было отмечено также, что 40% обследованных пациентов могли бы получить своевременную амбулаторную помощь и избежать необходимости стационарного лечения. Однако они не обратились к врачу своевременно, причинами чего считают личный негативный опыт о собственных контактах с медициной.

Специфика профессии детского врача - высокий профессионализм, сочетающийся с терпением и любовью к детям. Педиатр в отношениях с ребенком и родителями должен быть психологом и педагогом [2, 3].

В настоящий исторический период этике угрожает девальвация таких принципов, как гуманность, доброта, сострадание и милосердие. Эта тенденция проявляется в тех случаях, когда врачи усматривают в своих обязанностях не заботу о пациентах и их здоровье, а источник материального благополучия. С другой стороны, появились новые проблемы биоэтики, основанные на последних достижениях науки.

Именно в этих условиях крайне важно не предавать забвению нравственные постулаты, принципы человеческих отношений. Успешно развивается и выживает то общество, которое способно следовать благородным этическим принципам, в тоже время сохранять высокий интеллектуальный потенциал нации.

Основополагающие этические принципы поведения врача изложены, и не потеряли свою актуальность, в «Клятве Гиппократа»: быть честным и исполнять свой долг врача, ценить и беречь свою профессию, приносить благо больному, уважать личность пациента, и всегда помнить, что наивысшая мировая ценность – жизнь человека!

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Волгина С. Я. Современные этические проблемы педиатрии // *Вопр. соврем. педиатрии.* - 2004. - Т. 3. - № 5. - С. 98-99.
2. Григович И. Н. *Избранные лекции по детской хирургии.* Петрозаводск, 2004.
3. *Деонтология в педиатрии* / под ред. С. Д. Носова. Л., 1977.
4. Дитерихс М. М. *Душа хирурга.* Л., 1925.

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРАВА

Выпуск 3

(материалы межрегиональной
научно-практической конференции посвященной 95-летию
Кубанского государственного медицинского университета
и кафедры судебной медицины)

Под ред. В.А. Породенко
Издательство

Отпечатано методом ризографии в типографии
Подписано в печать
Заказ. Тираж 300 экз. Гарнитура Arial Narrow. У. п. л. 8.

