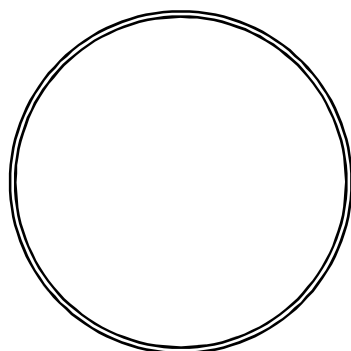


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
КУБАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ



**ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ,
ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРАВА**

ВЫПУСК 1

Краснодар

2000

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
КУБАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ

**ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ,
ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРАВА**
(сборник научных работ)

ВЫПУСК 1

Под редакцией председателя Краснодарского отделения ВОСМ,
зав. кафедрой судебной медицины КГМА,
доктора медицинских наук, профессора В.А. Породенко

Краснодар

2000

Проблемы судебной медицины, экспертизы и права, выпуск 1.

Сборник научных работ (под ред. В.А. Породенко).

Краснодар: Изд-во КГМА, 2000. –100 с.

В сборнике опубликованы материалы научных и научно-практических исследований, выполненных преподавателями, аспирантами и соискателями кафедры судебной медицины Кубанской государственной медицинской академии (КГМА), экспертами Краснодарского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), научными сотрудниками Российского центра судебно-медицинской экспертизы и Российского государственного медицинского университета (РГМУ), преподавателями Краснодарского юридического института (КЮИ) МВД РФ, юридического факультета негосударственного института международного права, экономики, гуманитарных наук и управления им. К.В. Россинского, негосударственного института экономики и управления КГМА.

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

Посвящается

*80-летнему юбилею
Кубанской государственной
медицинской академии
и
кафедры судебной медицины*

СОДЕРЖАНИЕ

В.А. Породенко ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ КУБАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.....	6
--	---

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКСПЕРТИЗЫ

С.Н. Абрамова, В.В. Зимнухов, В.Ф. Пилипас, А.В. Удалов СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЕВОГО БЮРО СМЭ	
Е.А. Башкирева СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВОЛОС КОШКИ ДОМАШНЕЙ	
М.Е. Березовский ИЗГОТОВЛЕНИЕ ШЛИФОВ КРЕМИРОВАННЫХ И НАТИВНЫХ КОСТЕЙ	
Д.В. Богомоллов, Л.Б. Фоломкина, М.Я. Баранова, И.А. Пешкова, И.Н. Богомолова БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ЭНДОКАРДИТ ПРИ НАРКОМАНИИ В СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОМ ОТНОШЕНИИ	
В.Е. Будник ПРИЧИНЫ ОШИБОК В УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	
В.Е. Будник О ПРИЧИНАХ НАЗНАЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	
Е.И. Быстрова, А.В. Ильина К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ МОРФОМЕТРИИ СЕРДЦА У ЛИЦ С ИБС И АЛКОГОЛИЗМОМ	
Н.П. Варшавец ПОДМЕНА ЗАКОНА ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬЮ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	
В.В. Гайдаева, И.В. Леушина, А.А. Панкратова СТУДЕНЧЕСКАЯ СРЕДА И НАРКОМАНИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ	
М.А. Григорьева ПРИМЕНЕНИЕ КРИТЕРИЯ СОГЛАСОВАННОСТИ В СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ОСТЕОЛОГИИ (на примере определения массы тела на скелете)	
А.Л. Гукасян, А.Ю. Резников РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ЭКСПЕРТОВ-ТАНАТОЛОГОВ	

В.Н. Звягин, О.И. Галицкая УСТАНОВЛЕНИЕ РОДСТВА ПО ПРИЗНАКАМ ВНЕШНОСТИ	
В.Н. Звягин, О.И. Галицкая, Н.В. Нарина КРАНИОЦЕФАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ “СЛОВЕСНОГО ПОРТРЕТА”	
В.В. Зимнухов, В.Ф. Пилипас, С.Н. Абрамова, Н.А. Бахарева К ВОПРОСУ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ТРЕТИЧНЫХ АМИНОВ	
В.В. Зимнухов, А.В. Удалов МОДИФИКАЦИЯ ТСХ-СКРИНИНГА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ТРЕТИЧНЫХ АЗОТСОДЕРЖАЩИХ ОСНОВАНИЙ	
Е.М. Кильдюшов, М.С. Кильдюшов ТЕПЛОФИЗИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КАК ОСНОВА МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРОЦЕССА ОХЛАЖДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО	
Е. М. Кильдюшов МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВРЕМЕНИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННОГО	
Л.М. Лукиных О ГРУППОВОМ ПОРАЖЕНИИ МОЛНИЕЙ	
Ю.И. Пиголкин, В.В.Щербаков, О.В.Самоходская, Г.В. Золотенкова, М.В.Федулова, И.Н.Богомоллова МИКРООСТЕОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗРАСТА И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ	
Ю.И. Пиголкин, Д.В. Богомоллов ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СМЕРТИ ОТ НАРКОМАНИИ	
В.Ф. Пилипас, В.В. Зимнухов, С.И. Бондаренко СМЕРТЕЛЬНОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ОТРАВЛЕНИЕ КОРИНФАРОМ И ОБЗИДАНОМ	
В.А. Породенко, В.Е. Будник АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	
В.А. Породенко, А.А. Панкратова О ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ	
В.А. Породенко, В.В. Чернобай МЕДИЦИНСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНО ДЕЗАДАПТИРОВАННЫМ НАСЕЛЕНИЕМ	
Т.В. Породенко О ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ МОРФОМЕТРИИ ВОЛОС	
О.В. Стриханова, Л.Г. Дряева, Т.Г. Чворум О ЧАСТОТЕ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЫ в г. КРАСНОДАРЕ И ЕЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ	

Л.В. Тетцоева, Н.Г. Олейник	
ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДЕЖДЫ, ПРИЧИНЯЕМЫХ	
НЕКОТОРЫМИ ВИДАМИ КОЛЮЩИХ ПРЕДМЕТОВ	
Г.Р. Тулендинов, О.В. Стриханова	
ОПЫТ СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ ПО КОДИРОВАНИЮ ПРИЧИН	
СМЕРТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МКБ-10	

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

С.А. Ануприенко, С.И. Бондаренко, Л.И. Ломакина	
ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО	
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ПО ЛИЧНОМУ ОБРАЩЕНИЮ ГРАЖДАН ...	
А.В. Бошук	
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОНЯТИЯ НОВОРОЖДЕННОСТИ	
В ЮРИДИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ	
Е.И. Быстрова, А.В. Ильина, Г.В. Ломакина	
К ВОПРОСУ О ПРАВОВОЙ ОРИЕНТАЦИИ БУДУЩЕГО ВРАЧА	
Л.И. Ломакина, Б.А. Ясько	
ВРАЧ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: СОЦИАЛЬНЫЕ И	
ЛИЧНОСТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ	
В.А. Породенко, Л.И. Ломакина, Е.Н. Травенко	
ПРАВОВОЙ СТАТУС ЛИЧНОСТИ В СИСТЕМЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО	
РЕГУЛИРОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ	
Е. Н. Травенко, М.В. Котова	
ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ	

В.А. Породенко
**ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ
КУБАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ**

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 им. 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 года 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 В.К. Черная (с 1943 г. – зав. Краснодарской краевой судебно-медицинской лабораторией), К.М. Мельникова (с

1947 г. - Краснодарский городской судебно-медицинский эксперт, затем - начальник краевого бюро судмедэкспертизы).

В 1955 г. приказом МЗ РСФСР исполняющим обязанности зав. кафедрой назначен ассистент кафедры судебной медицины 2-го МОЛГМИ кандидат медицинских наук Вячеслав 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 избран на должность заведующего кафедрой судебной медицины Днепропетровского медицинского института и защитил докторскую диссертацию на тему: "Определение по костным останкам давности захоронения трупа"; в этом же году); в обучении студентов принимал участие В.Н. Горнаев (работает судебно-медицинским экспертом в г. Краснодаре), Л.И. Головинская (ныне - Ломакина, доцент кафедры судебной медицины КГМА, зав. курсом правоведения).

В 1969-71 гг. обязанности заведующего кафедрой исполнял Александр Александрович Майер, избранный по конкурсу на должность ассистента кафедры в 1969 году.

В 1971 г. заведующим кафедрой избран доктор медицинских наук Николай Иванович Репетун, работавший ассистентом кафедры судебной медицины 1-го 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 руководством Н.И. Репетуна на кафедре впервые за всю ее историю 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., Породенко 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 диссертацию; в настоящее время он возглавляет Краснодарское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы.

В 1986 г. на должность заведующего кафедрой избран выпускник КМИ доцент В.А. Породенко. С переездом в 1987 г. в новое здание морфологического корпуса кафедра существенно улучшила материальную базу: базируется на первом этаже типового семиэтажного здания морфологического корпуса, занимающая площадь около 477 м². 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 базируется на первом этаже типового семиэтажного здания морфологического корпуса, занимая площадь около 477 м². На кафедре оборудовано 6 тематических учебных комнат, имеется конференц-зал на 75 мест. Помимо учебных помещений, сотрудниками кафедры созданы необходимые условия для проведения всех видов судебно-медицинских экспертиз. Кафедра располагает:

1) моргом, включающим секционный зал на 2 стола, комнаты для туалета трупов и его выдачи, две холодильные камеры - для кратковременного и длительного хранения трупов, расположенные в подвальном помещении морфокорпуса; подъем трупов осуществляется специально оборудованным изолированным подъемником;

2) кабинетом экспертизы потерпевших, имеющим необходимое оборудование для экспертизы повреждений и заболеваний, в случаях половых преступлений и для установления половых состояний;

3) кабинетом медицинской криминалистики, имеющим все необходимые виды специальных микроскопов, рентген-излучатель, электронно-оптический преобразователь, осветитель люминесцентной диагностики и другое оснащение; в нем выполняются стереомикроскопия, исследование металлов, копоти, смазочных масел и др.;

4) биохимической лабораторией, содержащей концентрационный фотоэлектроколориметр, стерилизатор, термостат, центрифуги, магнитные мешалки, дистиллятор и др.;

5) гистохимической лабораторией, имеющей криостат, термостаты, электронные и торсионные весы, рН-метр, микроскоп, сопряженный с ПЭВМ для ввода в компьютер микроскопических изображений и их анализа, в том числе и количественной морфометрии разработанной на кафедре программой;

б) фотолабораторией, в которой находится фотоустановка "Беларусь", репродукционная установка, фотоаппараты, оборудование для производства основных видов научной фотографии.

Все помещения кафедры оборудованы новой современной мебелью, лабораторным оборудованием, секционный зал обложен кафелем, установлены стационарные бактерицидные лампы для ежедневной обработки помещения в ночное время суток; они не только соответствуют санитарно-гигиеническим нормам, но и имеют эстетический вид.

В последние годы ведется работа по внедрению в обучение судебных медиков и студентов компьютерной техники и видеоаппаратуры. Кафедра оснащена 9 ПЭВМ IBM, двумя видеомэгафонами - "Toshiba" и "JVC", цветными телевизорами "Fisher" и "Электроника". Создается собственная видеотека для студентов и судебно-медицинских экспертов: имеются видеофильмы по осмотру места происшествия, исследованию эксгумированного трупа, авиакатастрофе, экспертизе в случаях половых преступлений, проведению следственных и экспертных экспериментов, допросу подозреваемых и др. Совместно с коллективом Краснодарского юридического института МВД РФ нами созданы 5 видеофильмов для учебного процесса в обоих вузах: "Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы в России", "Техника производства судебно-медицинской экспертизы трупа", «Экспертиза вещественных доказательств» и др. На кафедре имеется достаточное количество таблиц по всем темам лекций и практических занятий, наборы макропрепаратов и др.

Переработано все методическое обеспечение учебного процесса, изданы учебные задания по судебной медицине для внеаудиторной работы студентов лечебного и педиатрического факультетов. С передачей кафедре в 1988 г. преподавания основ правовых знаний впервые подготовлены методические разработки и ситуационные задачи по каждой теме, изданы первые две части трехтомных учебно-методических материалов для студентов. Опубликовано 18 статей по оптимизации учебного процесса при изучении судебной медицины и правоведения; исходя из требований государственного образовательного стандарта, созданы полноценные рабочие программы по обеим дисциплинам для каждого факультета. С 2000 г., в соответствии с утверждением новых государственных образовательных стандартов, кафедре поручено преподавание новой дисциплины – биомедицинской этики.

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 1996 г. защищена кандидатская (Е.Н. Травенко), а в 1997 г. - докторская диссертация (В.А. Породенко) по проблемам диагностики алкогольных интоксикаций. Выполнена и защищена в 1999 г. кандидатская диссертация, посвященная актуальному для Кубани комплексному судебно-медицинскому и медико-социальному исследованию насильственной и ненасильственной смерти (В.В. Чернобай). Запланированы и успешно выполняются 5 кандидатских диссертаций (соискатели

Г.Р. Тулендинов, С.И. Бондаренко и В.Е. Будник; аспиранты Е.И. Быстрова и А.А. Панкратова). По результатам проведенных научных исследований изданы методические рекомендации и 4 информационных письма для судебно-медицинских экспертов; опубликовано более 100 научных работ.

Сегодня штат кафедры состоит из 6 преподавателей: профессор, 2 доцента, 3 ассистента; учебно-вспомогательный персонал включает 2 старших лаборанта и 4 лаборанта. Все преподаватели кафедры являются выпускниками КГМА, работают по совместительству в качестве судебно-медицинских экспертов краевого бюро судмедэкспертизы. Одновременно с возрастанием экспертной нагрузки штат кафедры значительно расширился благодаря получению от бюро ставок лаборантов, медрегистраторов, санитаров. Кадровый потенциал и оснащение кафедры позволяют осуществлять подготовку студентов и специалистов с выполнением на современном уровне всех видов судебно-медицинских экспертиз трупов, живых лиц, по материалам уголовных дел, медико-криминалистических исследований вещественных доказательств.

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.

Кафедра является школой подготовки кадров для судебно-медицинской службы края через СНО - интернатуру и клиническую ординатуру. За период с 1971 г. по настоящее время через студенческий кружок кафедры и формы последиplomного образования подготовлено 38 специалистов: 7 клинических ординаторов и 31 интерн, большинство из которых и в настоящее время работают в крае судебно-медицинскими экспертами: Т.П. Перова, О.В. Замятина (Филягина), Т.В. Породенко, М.Г. Панфилов, Л.С. Малова, С.В. Кобцев, А.Г. Кузнецова, Л.И. Скоромникова (Клочкова), Н.Г. Резник, Г.В. Дубров, С.В. Лымарь, О.Г. Куимова, В.А. Малыха и др. Только в текущем году на кафедре обучается 6 клинических ординаторов и 2 клинических интерна; два интерна проходят практическую подготовку на базе краевого бюро СМЭ.

Впервые в истории кафедры в 1998-2000 гг. подготовлены и проведены 3 месячных очных сертификационных цикла усовершенствования для судебно-медицинских экспертов края, на которых прошли переподготовку 62 эксперта Краснодарского краевого, Республиканского Адыгейского и Сочинского городского бюро судмедэкспертизы.

В.А. Породенко - руководитель 7 кандидатских диссертаций, 2 из которых защищены. Автор 98 опубликованных работ.

На рубеже 80-летнего юбилея академии и кафедры, можно с уверенностью сказать, что материально-техническое состояние кафедры и ее кадровый потенциал позволяют на современном научно-практическом уровне организовать все виды додипломной и последиplomной подготовки специалистов, проведение судебно-медицинских экспертиз, выполнение научных и научно-практических исследований.

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКСПЕРТИЗЫ

С.Н. Абрамова, В.В. Зимнухов, В.Ф. Пилипас, А.В. Удалов
**СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЕВОГО БЮРО СМЭ**
Краснодарское краевое бюро СМЭ

Анализ деятельности судебно-химического отделения за 5 лет (1995-1999 гг.) показывает, что объем экспертной работы и нагрузка экспертов постоянно возрастают. За это время объем выполненной отделением работы вырос с 1930 до 2500, а нагрузка на одну экспертную ставку увеличилась с 73 до 95 полных анализов (при норме 55 полных анализов). Причем рост объема работы был связан с проведением наиболее сложных судебно-химических исследований, удельный вес которых повысился с 63% в 1995 г до 73% в 1999 г. При этом доля исследований по определению алкоголя и карбоксигемоглобина, в общем объеме выполненной работы, снизилась соответственно с 32% до 23% и с 5% до 4%. Значительная часть работы выполненной отделением, была связана с определением различных лекарственных и наркотических веществ. Объем работы, связанный с проведением этого вида исследований, вырос с 70% до 80% от общего числа сложных судебно-химических исследований. Значительно сократились исследования, связанные с определением пестицидов, растворителей, тяжелых металлов.

Для изолирования токсических веществ используется все принятые в судебно-химическом анализе методы, в том числе модифицированный метод Фокса для изолирования летучих веществ и методы экстракции амфифильными растворителями (ацетон, этанол, ацетонитрил) для изолирования нелетучих токсических веществ. Идентификация и количественное определение токсических веществ проводится в основном всеми принятыми в нашей стране методами.

Для обнаружения нелетучих токсических веществ в качестве предварительного метода используется ТСХ скрининг на пластинках «сорбфил». В качестве подтверждающих методов применяются УФ спектрофотометрия, газовая хроматография, ВЭЖХ, ТСХ с использованием для детектирования искомым веществ специфических реакций окрашивания. Для идентификации азотсодержащих оснований и фосфорорганических соединений широко применяется газовая хроматография с термоионным детектированием. Хлорсодержащие пиретроиды и бензодиазепины анализируются на хроматографе с детектором постоянной скорости рекомбинации. Хроматографы с ионизационно-пламенным детектором используются для определения летучих веществ, этиленгликоля, нефтепродуктов и других токсических веществ. Широкие возможности при анализе азотсодержащих оснований, производных барбитуровой кислоты и фосфорорганических соединений появились после внедрения в практику капиллярных колонок. Капиллярная кварцевая колонка 50 м x 0,32 мм с привитой

фазой SE-30 на хроматографе с термоионным детектором позволяет эффективно проводить исследования с широким диапазоном температур.

Для количественного определения используются спектрофотометрия экстракционная фотометрия, газовая хроматография. При этом чаще всего в каждом конкретном случае способы определения выбираются, а порой и разрабатываются самими экспертами.

Судебно-медицинские эксперты химического отделения широко участвуют в научной работе. За последние пять лет были проведены исследования, связанные с разработкой методики пробоподготовки фосфорорганических пестицидов, общей методики пробоподготовки нелетучих токсических веществ, определением отдельных токсических веществ. За указанный период экспертами отделения было опубликовано 13 статей по различным вопросам судебно-химического анализа. Была выполнена и успешно защищена одна кандидатская диссертация [1].

Работа судебно-химического отделения могла бы быть более эффективной при отсутствии проблем, с которыми постоянно приходится встречаться в процессе работы. Главной из таких проблем является отсутствие в отделении стандартных образцов целого ряда пестицидов, лекарственных и наркотических веществ. Их отсутствие затрудняет доказательство и количественное определение многих токсических веществ в экспертном материале, а в ряде случаев делает невозможным проведение судебно-химических исследований. Второй проблемой отделения является то, что имеющиеся в наличии приборы (спектрофотометры, газовые хроматографы) морально и физически устарели. Содержание этих приборов в рабочем состоянии связано с большими трудностями. Отделение нуждается в приобретении новых моделей спектрофотометров, газовых и жидкостных хроматографов с высокоселективными и высокочувствительными детекторами. Назрела необходимость в приобретении для отделения оборудования для хромато-масс-спектрометрии.

Согласно материалам пятого Всероссийского съезда судебных медиков, назрела необходимость во внедрении в практику судебно-медицинской экспертизы новых эффективных технологий. Без хорошего приборного оснащения судебно-химическое отделение с этой задачей не справится.

ЛИТЕРАТУРА

1. Удалов А.В. Хроматографическая идентификация и определение малолетучих органических веществ в судебно-химическом анализе: Автореф. дисс... канд. химических наук. –Краснодар, 1999. –16 с.

Е.А. Башкирева

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВОЛОС КОШКИ ДОМАШНЕЙ

Кафедра судебной медицины РГМУ

Одним из объектов судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств служат волосы животных. Они фигурируют в качестве материальных следов правонарушений при различных уголовных преступлениях.

Волосы являются объектом двух разновидностей судебной экспертизы: судебно-медицинской и судебно-биологической. Исходя из задач экспертизы, при судебно-медицинском исследовании решается вопрос о принадлежности проверяемых объектов волосам животных и даже определенному таксону.

При судебно-биологической экспертизе задачи исследования волос животных наиболее широки, поскольку целью этого исследования является не только установление таксона животного-носителя волос, но и возможность происхождения проверяемых волос конкретному животному или изделию из меха этого животного. В отличие от судебно-медицинского, судебно-биологическое исследование волос животных разрешает ряд вопросов материаловедческого характера, что делает эту экспертизу биолого-криминалистической. Так, например, обнаружение волоса какого-либо животного-носителя (или изделия из меха) на одежде подозреваемого может в значительной степени конкретизировать отдельные моменты обстоятельства происшествия.

Как известно, волосы, являются многокомпонентным биологическим образованием и состоят из основных гистологических структур - кутикулы, коркового и сердцевинного слоев. Сердцевина - наиболее изменчивый слой волоса, формирующийся из клеток матрикса, расположенных непосредственно в центральной зоне (над дермальным сосочком). Структура ее в волосах разной толщины неодинакова. Степень ее развития тем больше, чем толще волос.

Одним из нередко встречающихся объектов исследования являются волосы представителей семейства кошачьих. В имеющейся судебно-медицинской литературе соответствующие сведения весьма скудны.

У кошек, живущих в домашних условиях, разница в количестве шерсти весной и осенью не очень заметна. Тем не менее линька у них происходит и по цикличности совпадает с периодом линьки у диких животных. Сроки и интенсивность линьки зависят от пола, возраста и физиологического состояния животного, что сказывается на их микроэлементном составе. С увеличением возраста особи повторяемость и продолжительность линьки сокращается. Смена волос происходит либо волнами с определенной периодичностью, либо по мозаичному типу, когда каждый фолликул, имея свою программу и цикл роста, не связан с соседними фолликулами.

Следует иметь в виду, что шерстный покров животного претерпевает некоторые изменения в зависимости от породы, области тела, пола, возраста, условий среды его обитания, индивидуальных особенностей животного, а также сезонности.

При исследовании волос животных для установления таксона животного-носителя существенными признаками являются: строение кутикулярного слоя (тип, параметры апикальной части); тип и строение сердцевинки; соотношение толщины сердцевинки и коркового слоя; морфология продуктов распада сердцевинки при термохимическом гидролизе волос; форма поперечного сечения во-

лоса в наиболее толстой части стержня волоса; форма и строение стержня волоса. Используются также такие физические признаки, как толщина (размеры поперечного сечения волоса), извитость (прямые, изогнутые, извитые, курчавые), длина (естественная и истинная), цвет (зависит от толщины и прозрачности кутикулы). Окраска может быть одноцветной равномерной (русская голубая кошка); одноцветной неравномерной, когда интенсивность одного и того же цвета изменяется на протяжении стержня волоса (сиамская кошка); разноцветной - отдельные участки волос имеют различный цвет с постепенными переходами от одного цвета к другому (японская короткохвостая кошка, шоколадный черепашковый корниш рекс); зонарной (кольцевидной), при которой отмечаются резко выраженные поперечные полосы иного цвета, чем остальная часть волоса (абиссинская порода, египетская мау). Эти признаки играют вспомогательную роль.

Волосы животных отряда хищных - в частности кошек и собак - имеют сходное строение как кутикулярного слоя, так и сердцевины. Однако толщина волоса кошки обычно меньше аналогичного волоса собаки.

Количество материала, подвергаемого судебно-биологической экспертизе, чаще всего ограничено, а информация о происхождении от какого-либо конкретного животного либо скудная или недостаточная, либо вообще отсутствует. В результате, для полного экспертного исследования оказывается необходимым изучение всей совокупности морфологических признаков каждого волоса, так как в некоторых случаях малосущественный, казалось бы, признак начинает приобретать первостепенное ориентирующее значение.

Получение информации, имеющей смысловое соответствие целям и условиям осуществления расследования и судопроизводства по уголовным делам при изучении волос животных возможно 2-мя путями: прямого использования данных биологических наук, например, зоологии, ботаники и т. п., и использования научных данных, специально получаемых и систематизируемых с учетом целей и условий расследования.

М.Е. Березовский
**ИЗГОТОВЛЕНИЕ ШЛИФОВ КРЕМИРОВАННЫХ
И НАТИВНЫХ КОСТЕЙ**
Российский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ

Эксперты испытывают значительные трудности при изготовлении шлифов кремированных костей, необходимых для определения видовой, возрастной, региональной и др. принадлежности костных останков. Сложности изготовления связаны с тем, что сожженные кости становятся необычайно хрупкими, а появляющаяся в результате кремации пигментация костей маскирует структуру кости. Приготовление шлифов нативных костей не представляет трудностей, за исключением двух моментов - трудоемкости процесса и микротравматизации пальцев оператора при изготовлении нескольких шлифов.

Использование методик Бахметьева [1] и Голубовича [2] не дало нам воз-

возможности получения серийных, шлифов или раздавленных препаратов хорошего качества. Недостатками этих методов при использовании нами являлись проблемы в изготовлении достаточно тонких шлифов кремированных костей (вследствие недостаточной пропитки кости зубоврачебными пластмассами, непрочный контакт их и полистирола с предметными стеклами и др.).

Мы поставили цель изготовления серии качественных шлифов из нативных и кремированных костных останков с максимально возможной экономией времени.

Для этого было необходимо решить три задачи: а) использовать пластическую массу с длительным сроком полимеризации и обладающую достаточной проникающей способностью; б) снизить возможность микротравматизации пальцев рук; в) уменьшить сроки изготовления шлифов.

Первая задача решается использованием для предотвращения выкрашивания кремированных костей эпоксидных смол (ЭДП, аралдит, эпон и т. п.). Для решения второй задачи необходимо либо наклеивать залитый блок со срезом кости на предметное стекло, либо заливать срез кости в смолу прямо на стекле. Третья задача решается прикреплением среза к стеклу и проведением начальной стадии шлифовки на электроточиле.

Предлагаемый нами метод заключается в следующем. С помощью ручной пилы или электромотора с фрезой (или алмазной пилой толщиной 0,5-1,0 мм) из кости выпиливали срез минимально возможной толщины (для кремированных костей, как правило, не менее 2-3 мм) и достаточной для проведения экспертизы площадью. Если кость большая и её требуется максимально сохранить, то для взятия пробы лучше использовать электрическую дрель с полым алмазным сверлом диаметром 6–9 мм. Одна из плоскостей спила выравнивалась и шлифовалась (эту процедуру лучше делать до проведения второго распила). Если шлифовка одной из поверхностей по каким-то причинам неосуществима, срез кости клали в ванночку, сделанную из алюминиевой фольги или подобного материала, с ориентировкой для получения поперечного шлифа, и заливали эпоксидной смолой. Если одну сторону среза удавалось отшлифовать, то ванночка для заливки изготавливалась на обезжиренном предметном стекле, бортики ванночки проще всего делать из пластилина. Предварительно высушенный спил клали шлифованной поверхностью на стекло внутри ванночки. Для рядовых экспертиз достаточно применения эпоксидного клея (ЭДП), продающегося в хозяйственных магазинах. Если же заливка в ЭДП дала сбой, мы предполагаем, что существенно более качественный результат можно получить при применении эпоксидных смол аралдит и эпон, которые применяются в лабораториях электронной микроскопии. Они предназначены для пропитки тканей (в т. ч. костей) и изготовления срезов толщиной 200Е–1 мкм. Мы полагаем, что для приготовления шлифов можно употреблять и смолы с истекшим сроком хранения, т. к. свежие смолы достаточно дороги.

Залитые таким способом спилы оставляли на 24 часа для полимеризации. Затем срезы истончали с помощью установленного на шлифмашине абразивного круга до толщины 200 – 400 мкм, держа препарат в основном за предметное

стекло. После этого доводили шлиф до необходимой толщины 50–150 мкм вручную на матовом стекле. При желании поверхность шлифа можно отполировать на обычном стекле или шкурке № 0.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахметьев В.И. Исследование фрагментов сожженных костей в судебно-медицинском отношении. Дисс... канд. мед. наук., 1977.

1. Голубович Л.Л. Современные возможности судебно-медицинской идентификации личности по костям, подвергшимся воздействию высокой температуры. Дисс... докт. мед. наук, 1991.

Д.В. Богомолов, Л.Б. Фоломкина, М.Я. Баранова,
И.А. Пешкова, И.Н. Богомолова

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ЭНДОКАРДИТ ПРИ НАРКОМАНИИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ ОТНОШЕНИИ

Российский центр судебно-медицинской экспертизы,
патологоанатомическое отделение ГКБ № 50 КЗ г. Москвы

Бактериальный эндокардит (БЭ) при хронической наркотической интоксикации (ХНИ) встречается нередко и по клиническим данным имеет ряд особенностей в сравнении с БЭ на ином фоне. В связи с возрастающей частотой встречаемости ХНИ в практике судебно-медицинского эксперта актуальным представляется задача выяснения особенностей течения БЭ на фоне ХНИ, решению которой посвящено настоящее сообщение [7, 12, 15].

Материалы и методы исследования. Нами изучены материалы дел и истории болезни по 6 наблюдениям БЭ при различных видах ХНИ (четыре наблюдения эфедроновой наркомании и два – опийной). Три женщины, трое мужчины в возрасте от 17 до 43 лет. Лишь в одном наблюдении посредством судебно-химического исследования выявлены признаки острого отравления наркотиком, в остальных 5 наблюдениях речь шла о смерти от осложнений ХНИ. Помимо медицинской документации, исследованы трупы погибших с использованием традиционных морфологических макро- и микроскопических методик [2, 11].

Результаты исследования. В наших наблюдениях чаще всего отмечено поражение правого атриовентрикулярного клапана сердца с развитием полипно-язвенного БЭ с формированием дистрофического обызвествления вегетаций и развитием соответствующего порока сердца. Часто отмечалась картина миокардита, причем сочетались признаки очагового абсцедирующего процесса с диффузным интерстициальным миокардитом. Характерны были явления панваскулита во внутренних органах с тромбозом сосудов, а также картина тромбозов с развитием септической пневмонии, геморрагических инфарктов легких и кровоизлияний в вещество головного мозга. Закономерно отмечались морфологические проявления геморрагического синдрома.

В щитовидной железе отмечен диффузный и очаговый фиброз, признаки анизофолликулоза. Надпочечники являли картину субтотальной делипоидиза-

ции коры с очагами цитолиза на границе сетчатой и пучковой зон на фоне нодулярной перестройки коркового вещества.

Среди особенностей течения БЭ на фоне ХНИ нами отмечена высокая частота обнаружения в веществе головного мозга очагов глиальной пролиферации типа микроглиальных узелков. Другой особенностью явилась картина делимфатизации лимфатических желез и селезенки, где преобладали явления гистиоцитоза, гемосидероза и нарастающего фиброза. Иногда такая картина сочеталась с признаками очагового миелоза.

Особого внимания заслуживают изменения печени при БЭ на фоне ХНИ. В ткани этого органа отмечено сочетание признаков портального вирусного гепатита невысокой активности с начальными явлениями перестройки гистоархитектоники по типу аннулярного цирроза с дисциркуляторными и дистрофическими процессами, имеющими очевидную связь с БЭ.

Обсуждение результатов исследования. Т. о., наши данные позволили выявить ряд особенностей течения БЭ на фоне ХНИ. Так, в ткани мозга нередкими оказались глиальные пролифераты. В печени отмечено сочетание хронического портального гепатита с дистрофическими процессами токсического генеза. В органах иммунопоэза преобладали признаки истощения лимфоидной ткани. Эндокринные железы демонстрировали картину фазы истощения генерализованного адаптационного синдрома по Селье [14] на фоне предшествующей перестройки гистоархитектоники.

В целом описанные особенности отражают высокую инфицированность наркоманов вирусным гепатитом, а также значительную иммуносупрессию, которая может быть связана как с иммуномодулирующим действием самих наркотиков, так и с высокой частотой иммунодефицитов (ИД) иной природы у наркоманов (трофические ИД, связанные со стилем жизни больных ХНИ, ВИЧ-инфекция и др.) [10, 13]. ИД в качестве фона для развития БЭ накладывает отпечаток на его течение, - глиальные пролифераты вирусной природы в ткани мозга, гепатит, пневмонии и иные инфекционные процессы развиваются легко на таком фоне.

Изменения эндокринных органов отражают сочетание стрессорных воздействий с предшествующей перестройкой гистоархитектоники. Последняя, по нашему мнению, связана с самим фактом ХНИ по механизму сформулированной нами прогерической гипотезы поражения нейроэндокринной системы при ХНИ [9]. Т. е. дезорганизация гистоархитектоники может быть объяснена нерегулярной и бессистемной функцией гипофиза и гипоталамуса, что естественно в условиях протекания патологических нейрофизиологических процессов, характеризующих течение ХНИ. Но больший интерес на наш взгляд представляет предположение о том, что системная дезорганизация гомеостатических систем, визуализированная нами на примерах цитоскелета гладкомышечных клеток артерий человека и нервного аппарата сосудистого русла оболочек головного мозга [4, 8], которая наступает обычно в пожилом и старческом возрасте, ускоряется у наркоманов. Это предположение основано на принципах системного подхода к анализу функционирования и дезорганизации биологиче-

ских систем [1, 3]. Применение системного подхода предполагает моделирование биологического объекта на основе принципов системности, и хотя методология информационно-структурного анализа дезорганизации подобных систем разработана недостаточно [5, 8], логично предположить, что число испытаний прочности связей элементов системы коррелирует с частотой выявления повреждений собственно интегративных звеньев системы. В числе последних, несомненно, находится и нейроэндокринная система. Дезорганизация её функционирования с возрастом является общеизвестным фактом [1, 6], однако роль в этом процессе частоты стрессорных испытаний прочности системы остается спорной. Наши данные косвенно подтверждают такую возможность.

Заключение. Описаны особенности протекания БЭ на фоне ХНИ, которые могут быть использованы в качестве диагностических при морфологической судебно-медицинской диагностике смерти от осложнений хронической наркомании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Избранные труды. -М.: Инпол., 1998. –398 с.
2. Автандилов Г.Г. Введение в количественную патологическую морфологию. –М., 1980. –213 с.
3. Автандилов Г.Г., Яблучанский Н.И., Губенко В.Г. Системная стереометрия в изучении патологического процесса. – М.: Медицина, 1981. -202 с.
4. Богомоллов Д.В., Шехонин Б.В., Орехов П.Ю. //Соврем. вопр. судеб. мед. и экспертной практики. –Ижевск, 1998. -Вып. 10. -С. 234-235.
5. Богомоллов Д.В. // Актуальные аспекты судебной медицины. -Ижевск, 1999. -Вып. 5. -С. 5-8.
6. Давыдовский И.В. Геронтология. -М.: Медицина, 1966. -300 с.
7. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. // Русский медицинский журнал, 1998. -Том 6. -№ 2. –С. 109-114.
8. Пиголкин Ю.И., Богомоллов Д.В., Коровин А.А. // Материалы XIII-го пленума Всеросс. об-ва судеб. медиков (21-22 мая 1998 г.). К 100-летию В.М. Смольянинова. -М., 1998. -С. 44-45.
9. Пиголкин Ю.И., Богомоллов Д.В., Должанский О.В., Оздамирова Ю.М. // Актуальные аспекты судеб. мед. –Ижевск, 1999. -Вып. 5. -С. 171-173.
10. Пиголкин Ю.И., Богомоллов Д.В., Шерстюк Б.В., Огурцов П.П., Веселовская Н.В., Оздамирова Ю.М., Мазурчик Н.В., Богомоллова И.Н., Николкина Ю.А. Судебно-медицинская диагностика хронической наркотической интоксикации по морфологическим данным (Обзор литературы). Принято к печати в журнал «Судебно-медицинская экспертиза» в 1999 г.
11. Саркисов Д.С., Перов Ю.Л. Микроскопическая техника. -М.: Медицина, 1996. -С. 4-50, 339-445.
12. Cotran R., Kumar V., Robbins S. Robbins pathologic basis of disease. – Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo. -1994. –P. 388–390, 564–565, 759, 857–861, 899–904, 1340–1341.
13. Nair M.P., Schwartz S.A., Polasani R., Hou J., Sweet A., Chadha K.C.// Diagnostic Laboratory Immunology. -1997. -V. 4. -№ 2. -P. 127-132.

14. Selye H. (Селье Г.). На уровне целого организма. –М., 1972. –123 с.
15. Spitz W. and Fishers. Medicolegal investigation of death.- USA.- Illinois.- Charles C. Thomas Publ. Springfield. -1993. -P. 733-766.

В.Е. Будник

ПРИЧИНЫ ОШИБОК В УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Кафедра судебной медицины КГМА, кафедра уголовного процесса
и организации расследования преступлений КЮИ МВД РФ

При судебно-медицинской экспертизе (СМЭ) живых лиц для определения степени вреда здоровью черепно-мозговая травма (ЧМТ) составляет до 10% и более [5]. В последние годы происходит увеличение доли этих экспертиз к общему количеству экспертиз живых лиц [7]. Определение степени тяжести закрытой ЧМТ остается одной из наиболее сложных задач в судебно-медицинской экспертной практике [4]. Особенности трудности возникают при экспертизе легких форм ЧМТ, – сотрясении головного мозга (СГМ) и ушибе головного мозга (УГМ) легкой степени [2]. Результаты проводимых ранее анализов материалов СМЭ в случаях несмертельной ЧМТ [6] показывают, что врачами города, и особенно края, в ряде случаев допускаются серьезные ошибки в диагностике степени тяжести ЧМТ. По мнению некоторых авторов [1], одной из причин такого положения является недостаточная изученность различных изменений при ЧМТ. Другие [3] считают, что СМЭ легкой ЧМТ представляет определенные трудности, так как она чаще всего проводится по медицинским документам.

Целью нашей работы явилось выяснение причин расхождения судебно-медицинской экспертной оценки степени вреда здоровью при легкой ЧМТ в ходе первичных и повторных экспертиз. Для этого проанализированы заключения первичных и повторных комиссионных СМЭ, выполненных в отделе сложных экспертиз Краснодарского краевого бюро и на кафедре судебной медицины Кубанской государственной медицинской академии за период с 1992 по 1997 гг.

Относительные показатели неодинаковой экспертной оценки тяжести вреда здоровью колебались в пределах от 41% (1994 г.) до 55% (1993 г.) экспертиз. Количество таких экспертиз составляло от 9 в 1994 г. до 30 случаев в 1997 г.. Из 227 выполненных в эти годы исследований выявлено 105 подобных экспертиз (46%).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в последние годы наблюдается постепенный рост количества экспертиз, в которых отсутствует единство между первичной и повторной экспертной оценкой вреда здоровью при ЛЧМТ.

На наш взгляд, для устранения этого явления необходимо выявить причины различной судебно-медицинской оценки вреда здоровью при проведении

первичных и повторных СМЭ. Анализируя 105 случаев расхождения, было выявлено 8 причин, которые, на наш взгляд чаще всего приводят к этому.

Первое ранговое место занимает причина, связанная с недооценкой клинико-лабораторных данных врачами при первичном обследовании – 33 экспертизы (31%). Причем необходимо отметить, что с 1993 года (1 экспертиза) количество таких случаев с каждым годом постоянно возрастало и в 1997 году достигло 11. Эта причина выявлялась при проведении повторной экспертизы, когда пострадавшему ставился диагноз более тяжелой ЧМТ. При этом диагноз СГМ был снят и выставлен УГМ легкой степени по результатам анализа медицинской документации, при выявлении длительно существующей (более 12 дней) очаговой неврологической симптоматики. Также изменение диагнозов происходило на основании клинического обследования пострадавшего. При этом на момент проведения повторной экспертизы выявлялись симптомы, которые соответствовали более тяжелой перенесенной травме. Проведенное инструментальное обследование также выявляло свидетельства более тяжелой степени ЧМТ.

Второе место среди причин расхождения первичной и повторной СМЭ занимает ошибка эксперта, связанная с тем, что он не учитывал осложнение ЛЧМТ. Всего с такой причиной было выявлено 27 экспертиз (26%) во всех изучаемых годах. Абсолютные показатели этих экспертиз постепенно возрастали с 1 случая (1992 г.) до 10 (1997 г.). Рассматривая природу этой ошибки, необходимо отметить, что она возникала в двух случаях. Первый был связан с проведением экспертизы на ранних сроках, когда еще осложнение ЛЧМТ не было выявлено. Во втором случае эксперт не принимал во внимание наличие осложнения ЛЧМТ.

Третье место занимает причина, связанная с диагностической ошибкой эксперта. Проведение экспертизы – это мыслительный процесс, в ходе которого эксперт выявляет и анализирует симптоматику пострадавшего и приходит к выводу о наличии патологического процесса. В исследуемом материале нами зафиксированы 17 экспертиз (16%), в которых эксперт даже не заподозрил наличие ЛЧМТ. Такие ошибки регистрировались в каждом из изучаемых лет. Причем их минимальный абсолютный показатель составил 1 случай (1994 г.), а максимальный – 5 наблюдений (1997 г.).

Четвертое место занимает неправильная трактовка экспертом причины длительности расстройства здоровья – 15 случаев (14%). В этих наблюдениях эксперт при проведении первичной СМЭ длительность расстройства здоровья обосновывает осложнением ЛЧМТ. При производстве повторной СМЭ эксперты приходят к выводу, что длительность расстройства здоровья обусловлена сопутствующим заболеванием. Данная ошибка эксперта имела волнообразные показатели и не встречалась в 1992 и 1996 гг. Минимальный абсолютный показатель составил 1 случай (1993 г.), а максимальный – 6 экспертиз (1994 г.).

Пятое место с одинаковыми общими показателями занимают две причины – по 13 экспертиз (12%). Первая заключается в том, что при проведении первичной СМЭ эксперт не выявил объективные признаки ЧМТ, а повторная СМЭ

их обнаружила. В 1994 г. таких случаев не зарегистрировано. В 1992 и 1993 гг. (по 2 экспертизы) их было в два раза меньше, чем в 1995 и 1996 гг. (по 4 экспертизы). В 1997 г. была выявлена только одна такая ошибка эксперта. Вторая причина в этом ранговом месте характеризовалась действиями врачей, которые переоценивали клинико-лабораторные данные при первичном обследовании. Данная причина регистрировалась на протяжении 1992-1994 гг. (по 2 наблюдения). В 1995 она составила 4 случая, а в 1996 г. эта причина не зарегистрирована. В 1997 г. ошибка врачей была выявлена при экспертизе 3 пострадавших.

Шестое место занимает причина, связанная с неправильной квалификацией степени вреда здоровью экспертом при правильно установленной степени тяжести ЛЧМТ – 5 наблюдений (5%). Нами было зарегистрировано единичное наблюдение в 1995 г. и 4 аналогичных в 1997 г. В остальном периоде времени эта ошибка не обнаружена.

И на последнем месте стоит причина, связанная с неправильным определением экспертом природы длительного расстройства здоровья – 4 наблюдения (4%). По мнению экспертов, проводящих первичную СМЭ, длительность расстройства здоровья обусловлена сопутствующими заболеваниями, а при повторной СМЭ – осложнением ЛЧМТ. Случаи расхождения СМЭ по этой причине не регистрировались в 1993 и 1994 гг., а в остальные годы наблюдалось по 1 такой экспертизе.

Исходя из перечисленных причин расхождения СМЭ между первичной и повторной СМЭ, можно сделать вывод, что наибольшая вероятность неправильной оценки вреда здоровью при ЛЧМТ возникает при неверно установленном диагнозе ЛЧМТ.

Таким образом, проведенное нами исследование выявило в последнее время увеличение случаев, при которых наблюдается расхождение СМЭ тяжести вреда здоровью при проведении первичной и повторной экспертиз у лиц с ЛЧМТ. Материалы этой статьи указывают на основной источник такого положения – это отсутствие четких критериев дифференциальной диагностики между СГМ и УГМ легкой степени. Дальнейшая разработка и решение этого вопроса позволит судебным экспертам избежать в будущем неправильной оценки степени вреда здоровью при ЛЧМТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баринов Е.Х., Саенко А.В., Мальцев С.В., Фадеев С.П. Особенности изменения микроциркуляторного русла капсулы шишковидного тела при черепно-мозговой травме в детском возрасте// Актуал. вопр. суд. мед. и эксперт. практики: Матер. науч. исслед. –Новосибирск, 1998. –Вып. 3. –С. 81–82.

2. Будник В.Е., Породенко В.А. Клинико-экспертные параллели в оценке легкой черепно-мозговой травмы: Труды адъюнктов и соискателей. –Краснодар, 1999. –Ч. 2. –С. 5–10.

3. Коваленко А.П., Коваленко А.Н., Талейсник А.Н., Сухин А.П. Организация и проведение судебно-медицинской экспертизы при сотрясении головного мозга// 2-й Всесоюз. съезд суд. мед.: Тез. докл. –М.; Минск, 1982. –С. 201–202.

4. Колпашиков Е.Г., Трошин В.М., Лихтерман Л.Б., Фраерман А.П. Применение вычислительного метода для судебно-медицинского определения степени тяжести закрытой черепно-мозговой травмы// Суд.-мед. экспертиза. – 1987. –№ 3. –С. 48.

5. Мельников В.С. Судебно-медицинская оценка несмертельной черепно-мозговой травмы// Современ. вопр. судеб. медицины и эксперт. практики. – Ижевск, 1991. –Вып. 5. –С. 147–149.

6. Породенко В.А., Перова Т.П., Рыжова А.В. О клиническом и экспертном обосновании черепно-мозговой травмы// Актуал. вопр. экспертизы механических повреждений: Респ. сб. науч. тр. –М., 1990. –С. 43–48.

7. Хотченко Т.А., Курбатов В.С., Новоселов В.П. Характеристика комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам Новосибирского областного бюро судебно-медицинской экспертизы// Актуал. вопр. судеб. медицины и эксперт. практики: Материалы науч. исслед. –Новосибирск, 1998. –Вып. 3. –С. 70-72.

В.Е. Будник

О ПРИЧИНАХ НАЗНАЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Кафедра судебной медицины КГМА, кафедра уголовного процесса
и организации расследования преступлений КЮИ МВД РФ

В связи с обострением в России криминогенной ситуации в последние годы резко возросла потребность правоохранительных органов в экспертных исследованиях [7]. Как показывает многолетняя практика, при экспертизе живых лиц первоочередной разработки требуют вопросы оценки тяжести причиненного вреда здоровью в свете положений нового УК РФ [6]. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает одно из первых мест среди преступлений, направленных против жизни и здоровья граждан [2]. Несмотря на неослабевающее внимание судебных медиков к вопросам установления степени причиненного вреда здоровью потерпевшему с легкой ЧМТ, до конца решенной эту проблему назвать нельзя [5].

Некоторые авторы [1] среди основных задач судебно-медицинской службы называют сбор статистической информации с анализом показателей работы территориальных бюро СМЭ и формирование предложений по корректированию ее деятельности. Материалы, накапливающиеся при проведении судебно-медицинских экспертиз, содержат многосторонние сведения, имеющие большое значение для улучшения качества работы экспертов [3, 4].

Для выяснения закономерностей в динамике первичных и повторных экспертиз живых лиц проанализированы заключения первичных и повторных комиссионных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в отделе сложных экспертиз Краснодарского краевого бюро СМЭ и на кафедре судебной медицины Кубанской государственной медицинской академии за период с 1992 по 1997 гг. При анализе архивного материала за исследуемый период было выяв-

лено 227 случаев проведения судебно-медицинской экспертизы с диагнозом легкой ЧМТ.

Случаи назначения повторной экспертизы распределились с почти одинаковой частотой: в ходе предварительного расследования преступлений – 113 экспертиз (49,8%); в процессе судебного следствия – 114 (50,2%). Несмотря на это, их динамика за анализируемый период времени имела существенные отличия.

Так, в 1992 году они были равны – по 11 случаев (50%). В 1993 году наблюдался рост экспертиз, назначаемых на этапе предварительного расследования, а в 1994 году в ходе судебного разбирательства – до 12 экспертиз (55%). Максимальное их расхождение отмечалось в 1995 году, число экспертиз в ходе предварительного следствия составило 33 (59%) – 23 (41%) в суде. В последние годы наблюдалась тенденция снижения назначения экспертиз органами предварительного расследования: в 1997 году их было 28 (44%); в ходе судебного следствия – 36 экспертиз (56%).

На наш взгляд, особый интерес представляет вопрос, связанный с причинами назначения повторных экспертиз. Нами были выделены несколько причин, которые рассматривались как в целом по всем экспертизам, так и по времени их назначения – стадия предварительного расследования (СПР) и стадия судебного следствия (ССС).

Первое ранговое место среди всех причин назначения повторных экспертиз занимает несогласие пострадавшего с первичной судебно-медицинской экспертной оценкой степени вреда здоровью. Эта причина была выявлена в 91 экспертизе из 227, что составило 40% от всех проводимых экспертиз. Причем, на СССР (51%) пострадавшие в 1,8 раза чаще заявляли ходатайство о проведении повторной экспертизы, чем на СПР (29%). Второе место занимает сомнение в обоснованности сроков расстройства здоровья, наступивших у пострадавшего, и связи их с полученной травмой – 60 экспертиз (26%). Эта причина была зарегистрирована на СПР в 28 случаях (25%), а в ходе судебного разбирательства – в 32 экспертизах (28%).

Экспертизы, которые назначаются при появлении сомнений органов предварительного расследования в правильности определения степени вреда здоровью, встретились в 60 случаях (26%). В основном это обусловлено разной оценкой причиненного вреда здоровью несколькими экспертами. Также в эту категорию причин попадают сомнения в компетентности специалиста. Назначение повторной экспертизы судебными органами при возникновении сомнений в правильности оценки степени вреда здоровью выявлено в 37 случаях (16%).

На четвертом месте стоит причина, связанная со значительным ухудшением состояния пострадавшего, которое не нашло должного отражения при первичном определении степени вреда здоровью. Эта причина была зарегистрирована в 22 экспертизах (10%). Причем частота ее встречаемости на СССР (16%) была выше в 4 раза соответствующего показателя на СПР (4%).

На последнем месте стоит несогласие лица, причинившего травму, с оценкой степени вреда здоровью – 15 экспертиз (7%). Относительные показатели этой причины на СПР и ССС составляли 5% и 8% соответственно.

Приведенные данные отчетливо показывают превалирование относительных показателей во время судебного разбирательства над таковыми на этапе предварительного следствия. Эта особенность наблюдается при всех причинах назначения повторных экспертиз.

Данный анализ позволил выявить наметившуюся тенденцию снижения назначения повторных экспертиз органами предварительного расследования и увеличение их назначения судом. Также нами выявлены основные причины назначения повторных экспертиз. Таким образом, проведенный нами ретроспективный анализ позволяет наметить пути повышения качества судебно-медицинской экспертной оценки степени вреда здоровью лиц с легкой ЧМТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гедыгушев И.А., Назаров Г.Н. Основные пути совершенствования организационно-методического руководства судебно-медицинской службы РФ// Пробл. идентификации в теории и практике судеб. медицины: Материалы 4-го Всеросс. съезда судеб. медиков. –М.; Владимир, 1996. –Ч. 1. –С. 6–8.

2. Гуцаев Ю.П., Росин В.С. Объективизация легкой черепно-мозговой травмы// Материалы 3-го Всеросс. съезда судеб. медиков. –Саратов, 1992. –Ч. 1. –С. 124–126.

3. Крылов И.Ф. Судебно-медицинская травматология и криминалистика // Современ. пробл. соотношения травмы и патологии в судеб. медицине: Сб. науч. статей. –Рига, 1984. –С. 68–73.

4. Лукаш А.А. Практическое осуществление участия судебно-медицинских экспертов в решении общих задач органов здравоохранения по улучшению медицинской помощи и охране здоровья населения// Современ. пробл. соотношения травмы и патологии в судеб. медицине: Сб. науч. статей. –Рига, 1984. –С. 77.

5. Породенко В.А., Будник В.Е. О проблемах клинико-экспертной оценки сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени // Материалы 14-го пленума Всеросс. об-ва судеб. медиков. –М., 1999. –С. 89–90.

6. Породенко В.А., Будник В.Е. Судебно-медицинская экспертная оценка легкой черепно-мозговой травмы// Труды КЮИ МВД России. –Краснодар, 1999. –Вып. 4. –С. 97–101.

7. Томилин В.В. Судебно-медицинская служба Российской Федерации (состояние, проблемы, перспективы развития)// Суд.-мед. экспертиза. –1997. –№ 2. –С. 3–6.

Е.И. Быстрова, А.В. Ильина

К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ МОРФОМЕТРИИ СЕРДЦА У ЛИЦ С ИБС И АЛКОГОЛИЗМОМ

Кафедра судебной медицины КГМА

За последние годы в судебно-медицинской и клинической практике возрос удельный вес ненасильственной смерти, где число случаев варьирует от 24% в 1991 году до 29,8% в 1996 г. [10]. На первом месте стоит насильственная смерть, на втором - смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь, ишемической болезни сердца (ИБС) и алкогольной кардиомиопатии (АКМП).

В России болезни системы кровообращения ежегодно уносят жизни более миллиона людей, лидируя на протяжении последних двух десятилетий среди причин смерти. Все чаще, обсуждая эту ситуацию, специалисты называют ее "эпидемией смертности от сердечно-сосудистых заболеваний конца XX века". В 1997 г. стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения составил 11,8 на 1000 у мужчин и 8,1 на 1000 у женщин, что более чем в 2 раза превысило аналогичные показатели в США и Великобритании и более чем в 3 раза - во Франции и Японии [4, 5]. Такое положение явилось результатом разнонаправленных тенденций изменения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний: ее увеличения в России и долговременного (с начала 70-х годов) снижения в западных странах. В последние годы в России наблюдается особенно резкое увеличение смертности от ишемической болезни сердца среди лиц трудоспособного возраста [9].

Проблема существующих заболеваний сердечной мышцы порождает множество вопросов, постепенно разрешающихся по мере совершенствования наших знаний в данной области. В связи с ростом заболеваемости сердечной мышцы актуальность ее возрастает. Механизмы повреждения сердечной мышцы разные, наиболее изучены заболевания сердца коронарной природы - ИБС (острая и хроническая формы, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз).

Выделяют группу некоронарной природы - миокардиты, миокардиодистрофии (в том числе и алкогольного происхождения), кардиомиопатии и опухоли сердца [6].

ИБС и АКМП являются одними из ведущих причин смерти, причем в значительном проценте случаев смерть наступает скоропостижно, поражая в основном людей работоспособного возраста [7, 3, 2].

Ишемическая болезнь сердца - острое и хроническое поражение сердца, вызванное уменьшением или прекращением доставки крови к миокарду в связи с атеросклеротическим процессом в коронарных артериях [8].

Алкогольная кардиомиопатия (АКМП) - поражение сердца дистрофического характера у лиц, злоупотребляющих алкоголем [11].

Судебно-медицинские исследования умерших от различных форм ИБС и алкогольной кардиомиопатии, составляют основную часть скоропостижной смерти и нуждаются в выполнении требований количественной танатологии. Результаты исследований должны повысить качество проводимой экспертизы и обоснования причины смерти [1].

Одним из условий успешной разработки многих вопросов данной проблемы является достоверная судебно-медицинская секционная диагностика. В последние годы при исследовании сердца все шире применяются морфометриче-

ские и математические методы, позволяющие дать количественную оценку протекающего патологического процесса, необходимую для более точной диагностики и обоснованности судебно-медицинского заключения. Одним из возможных методов является морфометрическое исследование: измерение или подсчет изучаемых объектов, дающие возможность получить ряд зависимых и независимых переменных величин.

Нами проанализированы материалы судебно-медицинских экспертиз 83 трупов в случаях внезапной смерти от АКМП (3,75%), что составило 44 случая и ИБС (3,3%), что составило 39 случаев от общего количества вскрытий которые были произведены в морге кафедры судебной медицины КГМА за период с 1995 года по 1998 год. Основная последовательность количественного морфологического исследования включала в себя: подробное описание объекта исследования (сердца) при АКМП и ИБС; собственное морфометрическое исследование и статистический анализ, уточняющий какие из указанных величин в каждом случае наиболее существенны.

При анализе данных о массе и размерах сердца при внезапной смерти от АКМП и ИБС нами получены следующие результаты: средняя масса сердца при АКМП оказалась несколько выше, чем при ИБС: соответственно $399,12 \pm 11,9$ и $384 \pm 12,87$ г. Размеры сердца значительно не отличались: длина составляла $12,06 \pm 0,18$ и $11,71 \pm 0,24$ см, ширина - $10,98 \pm 0,21$ и $10,89 \pm 0,26$ см, толщина - $4,81 \pm 0,20$ и $4,81 \pm 0,71$ см. Также значительно не отличались показатели толщины стенок левого и правого желудочков: $1,48 \pm 0,04$ и $1,49 \pm 0,05$ см, $0,39 \pm 0,02$ и $0,40 \pm 0,02$ см (табл. 1).

Таблица 1.

Морфометрические признаки ($M \pm m$) сердца при алкогольной кардиомиопатии и хронической ишемической болезни сердца.

№ п/п	Морфологические признаки	А К М П ($M \pm m$)	Х И Б С ($M \pm m$)
1.	масса (г)	$399,12 \pm 11,9$	$384 \pm 12,87$
2.	длина (см)	$12,06 \pm 0,18$	$11,71 \pm 0,24$
3.	ширина (см)	$10,98 \pm 0,21$	$10,89 \pm 0,26$
4.	толщина (см)	$4,81 \pm 0,20$	$4,81 \pm 0,17$
5.	толщина стенки левого желудочка (см)	$1,48 \pm 0,04$	$1,49 \pm 0,05$
6.	толщина стенки правого желудочка (см)	$0,39 \pm 0,02$	$0,40 \pm 0,02$

Таким образом, из данной работы можно сделать выводы:

1) собственно морфометрическое исследование сердца при ИБС и АКМП не позволяет проводить объективный дифференцированный диагноз, данных патологических состояний, а является одним из морфометрических признаков;

2) постановка диагноза при ИБС и АКМП требует комплексной оценки данных клиники, морфометрии, патогистологического исследования сердца и других внутренних органов, а также использование современных лабораторных методов, одним из которых является гистохимический метод исследования, позволяющих выявить и объективно оценить структурные и функциональные нарушения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Судебно-медицинские вопросы скоропостижной смерти// Материалы V Всерос. съезда суд. медиков. –Астрахань, 2000. -С. 231-232.

2. Василенко В.Х., Фельдман С.Б. и др. Миокардиодистрофия. -М.: Медицина, 1989. -271 с.

3. Вихерт А.М., Цыпленкова В.Г. Алкогольная кардиомиопатия - фактор риска внезапной смерти// Арх. патологии, 1984. -№11. -С. 14-21.

4. Демографический ежегодник России. М., 1996. -557 с.

5. Население России 1998. -М., 1999. -144 с.

6. Палеев Н.Р. и др.// Кардиология, 1982. -№ 4. –Т. 22. –С. 5-8.

7. Пауков В.С., Лебедев С.П. Алкогольная кардиомиопатия// Итоги науки и техники. Сер.: Патологическая анатомия// ВИНТИ. -1985. -Т. 5. -С. 100-136.

8. Петрова Т.Р. Избранные клинические лекции по внутренним болезням// Краснодар: Альма, 1994. -С. 22-29.

9. Школьников М.А. Сердечно-сосудистые заболевания детского возраста на рубеже XXI века// Consilium Medicum: 1999. -Том I. -№ 6.

10. Чернобай В.В. Комплексное судебно-медицинское и медико-социальное исследование насильственной и ненасильственной смерти: дисс... канд. мед. наук. -Краснодар, 1998. -84 с.

11. Чиркин А.А., Огороков А.Н., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта// Минск: Беларусь, 1992. -С. 176-177.

Н.П. Варшавец

ПОДМЕНА ЗАКОНА ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬЮ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Краснодарское краевое бюро СМЭ

Уголовно-процессуальный кодекс (УПК) и ст. 52 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» дают исчерпывающее указание, что судебно-медицинская экспертиза проводится по постановлению лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда, т. е. уже в рамках конкретно существующего уголовного или гражданского дела.

Для развития и конкретизации основных положений законов, углубляющих их содержание, издаются подзаконные акты. Само название «подзаконные нормативные акты» подчеркивает, что все они находятся «под» законом, под-

чинены его высшей юридической силе, издаются на основе и во исполнение закона.

К сожалению, ведомственные акты, регламентирующие деятельность судебно-медицинской экспертизы (Инструкция о производстве судебно-медицинских экспертиз, Правила производства судебно-медицинских экспертиз) находятся в глубоком противоречии с нормативными актами.

Если обратиться к этим документам, то здесь мы не найдем четкого ответа на вопрос: что должен (обязан) делать судебно-медицинский эксперт, и что он может делать и на какой основе. В Инструкции о производстве экспертизы приведен перечень действий, который отнесен к компетенции судебно-медицинского эксперта. Здесь перечислено все: и экспертизы, и исследования, и обследования, и освидетельствования. В то же время следует отметить, что само понятие компетенция – это совокупность юридически установленных полномочий, прав и обязанностей, в пределах наших специальных познаний. Если говорить с позиции основополагающих документов (законов), то мы должны заниматься только экспертизами.

Такая терминологическая «чехарда» и потеря процессуальной ориентации в ведомственных документах ставит экспертизу в сложное положение, препятствуя ее развитию, заставляя выполнять различные виды работ, не предусмотренные законом, создавая трудности в поисках дополнительного финансирования.

Источники этих противоречий можно найти, основываясь на недавних исторических фактах.

15 февраля 1923 года Постановлением ВЦИК был принят первый в истории России Уголовно-процессуальный кодекс, где излагалось, что «лицо, вызываемое в качестве эксперта, обязано явиться и участвовать в осмотрах и освидетельствованиях и давать заключения» и, далее, «...для осмотра и вскрытия трупов, для освидетельствования потерпевшего и обвиняемого и в других случаях, где требуется медицинская экспертиза, следователь приглашает судебно-медицинского эксперта».

Следующий УПК, принятый в шестидесятых годах, четко разграничил понятия «экспертиза» и «освидетельствование», определил обязанности и права эксперта, ввел такие понятия как «обязательное проведение экспертизы», «проведение экспертизы в экспертном учреждении».

После выхода этого УПК мы имеем уже второе поколение ведомственных актов, регламентирующих нашу деятельность, однако с упорством, достойным иного применения, вышестоящие органы, обеспечивающие методическое руководство экспертизой, механически переносят эти противоречия в издаваемые «новые» инструкции. Дело усугубляется еще и тем, что эти же идеи переносятся из учебника в учебник, издаваемые как для студентов медицинских, так и для юридических вузов. Такой подход имеет юридическое определение как подмена закона целесообразностью.

Назрела крайняя необходимость подготовки новых инструкций и правил производства судебно-медицинских экспертиз.

В существовании подзаконных нормативных документов имеется объективная необходимость, потому что только они в большей степени способны учитывать особенности той или иной отрасли. Однако, непременным условием их существования должно быть главенствующее положение закона.

В.В. Гайдаева, И.В. Леушина, А.А. Панкратова
**СТУДЕНЧЕСКАЯ СРЕДА И НАРКОМАНИЯ:
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ**
Кафедра судебной медицины КГМА

Химическая зависимость - это зависимость человека от различных химических веществ: как лекарственных, так и средств, не используемых в медицине. Она развивается в результате употребления психоактивных веществ, вызывающих в начале своего действия явления эйфории, необычные изменения в психике, галлюцинации. Возникшая психическая зависимость приводит к нарушению всех сфер жизни субъекта: физической, умственной, эмоциональной, поведенческой; она негативно влияет на процессы социального и духовного развития. Первоначальный прием наркотика любого типа происходит из любопытства, заложенного в познавательную деятельность человека, в той или иной степени свойственную каждому субъекту. Впоследствии, при формировании химической зависимости, прием наркотика осуществляется для преодоления абстинентного синдрома, который вырабатывается как одна из реакций поддержания и сохранения гомеостаза. За последние два десятилетия специалисты, связанные с проблемами молодежи и подростков, отмечают катастрофический, принимающий почти эпидемический характер, рост наркоманий и токсикоманий в этой возрастной группе. Постоянное увеличение размеров их потребления, массовая распространенность этого явления среди молодых людей в России связана прежде всего с охватившим всю страну кризисом в идеологической, духовной, экономической и других сферах общественной жизни, который привел к разрушению существующих идеалов, стереотипов, не дав ничего взамен. Специалистами прослежена такая тенденция: для юношеского возраста наиболее характерно эпизодическое злоупотребление наркотиками без зависимости от них. Они делают попытки попробовать на себе самые различные средства: от алкоголя и ингалянтов до курения гашиша и приема галлюциногенов. По мере взросления этот период "проб" у большинства из них проходит. Однако у некоторых, вследствие негативных социально-психологических воздействий, особенно при неблагоприятном биологическом фоне, эпизодическое злоупотребление переходит в систематическое с дальнейшим формированием психической и далее - физической зависимости. Эти лица в дальнейшем и составляют основной контингент потребителей.

В связи с актуальностью этого вопроса нами было проведено анонимное анкетирование студентов Кубанской государственной медакадемии по анкете, разработанной Краснодарской краевой организацией помощи больным алкоголизмом и наркоманией "Спасение". Цель исследования - получить сведения о

распространенности наркотиков в студенческой среде, выявить информированность студентов о наркотических средствах и наркомании, проследить пути проникновения наркотических и токсических веществ в студенческую среду.

Анонимное анкетирование было проведено среди 477 студентов, обучающихся на семи курсах Кубанской государственной медицинской академии: на первом и пятом курсах стоматологического факультета, на первом и шестом курсах педиатрического факультета, а так же на первом, третьем и шестом курсах лечебного факультета. Большинство опрошенных студентов обучаются на бюджетной форме (89,3%).

Подсчет анкетных данных показал, что опрос проводился преимущественно среди лиц женского пола (68%); средний возраст анкетироваемых 19-20 лет. Проанализировав анкеты, мы пришли к выводу, что форма обучения (бюджетная, хозрасчетная) не влияла на результаты опроса.

Установлено, что 65 студентов (13,6%) пробовали употреблять наркотики, а 69 человек (14,5%) высказали желание их попробовать. Наиболее высокий интерес к ним выявлен среди студентов первого курса лечебного факультета и стоматологов пятого курса: желание попробовать наркотическое вещество отмечалось в 19,7% и 26% соответственно, случаи его употребления - в 24% и 20%; они же чаще получали предложение попробовать наркотическое зелье - в 36,4% и 46%. На педиатрическом факультете отмечены лишь единичные случаи употребления наркотиков (4,7-5,5%).

По вышеописанным результатам анкетных данных сделать однозначные выводы невозможно, так как нужно учитывать недостаточную откровенность студенческих ответов, неоднородность изучаемого контингента людей по полу, по количеству людей на факультетах и т. д. Однако можно проследить общие характерные тенденции. В качестве первого “наркотического опыта” использовались каннабиноиды – производные конопли: анаша, план, марихуана. Более половины опрошенных, преимущественно представители стоматологического факультета (72%), имеют употребляющих наркотики друзей и знакомых. В основном причиной, по которой впервые используется наркотик является интерес к новизне и остроте ощущений, а также желание не выделяться из компании сверстников. Как оказалось, около 1/5 студентов не подозревают о последствиях злоупотребления гашишем, наверняка считая его слабым наркотиком не вызывающим зависимости, причем, наименее информированы студенты-педиатры (25,4%).

На просьбу перечислить известные им наркотические средства, многие студенты назвали препараты, употребление которых приводит к токсикомании: транквилизаторы, барбитураты, димедрол, а также средства бытовой химии: дихлофос, клей и т. д. Это свидетельствует, о том, что в основном информацию о наркотиках и их воздействии молодежь получает из общения с друзьями и знакомыми, имеющими такой опыт, а не из литературных источников и учебных пособий.

Подобного рода анкетирования могут оказаться полезными для сбора статистической информации о распространенности употребления наркотических

веществ среди студентов учебных заведений. Предполагается провести сравнительный анализ полученных сведений с результатами анкетирования учащихся других вузов.

М.А. Григорьева

**ПРИМЕНЕНИЕ КРИТЕРИЯ СОГЛАСОВАННОСТИ
В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОСТЕОЛОГИИ
(на примере определения массы тела на скелете)**

Российский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ

Комплексная оценка соматического статуса при идентификации личности погибшего в экспертной практике судебных медиков предполагает введение таких интегральных характеристик, как масса тела и конституциональный тип. Масса тела как его «габаритная» черта вместе с длиной тела, размерами корпуса и конечностей дает первое представление об индивидууме.

Определение массы тела может быть осуществлено по большому числу параметров [1, 6, 10]. Но, как утверждает большинство исследователей, предсказание веса тела по скелетным останкам ни в одном из этих случаев не может быть достаточно надежным. Причина этого в том, что количество костного вещества в организме не связано с жировой массой, а ведь именно последняя во многом определяет массу тела в целом.

Таким образом, при оценке данной характеристики речь может идти только о более или менее удачном приближении к искомой величине. В связи с этим особую актуальность приобретает вопрос о степени согласованности применяемых методов оценки.

Материал и методы.

В настоящей работе мы использовали наиболее распространенные в антропологии и судебной медицине методы определения массы тела, апробировав их на серии мужских скелетов, принадлежавших взрослым людям (коллекция кафедры антропологии МГУ, N = 70). Меру согласованности этих методов оценивали при помощи впервые вводимого в научный оборот судебных медиков α - коэффициента Кьюдера-Ричардсона [8].

Разработанный в психометрии для оценки степени однородности предъявляемых испытуемому заданий, α - коэффициент отражает наличие корреляций между всеми рассматриваемыми параметрами: чем они выше, тем ближе он к 1. Расчет коэффициента производится на основе дисперсий методов и дисперсий значений в пределах каждого метода и осуществляется в автоматическом режиме при помощи специальной статистической программы.

Формула для его определения выглядит следующим образом:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^k s_j^2}{s_b^2} \right),$$

где α - коэффициент Кьюдера-Ричардсона, k - количество показателей (методов), согласованность которых оценивается, s_j^2 - дисперсия j -го показателя (вычисляется по n значениям в каждом столбце матрицы); s_b^2 - дисперсия сумм показателей для каждого индивида (вычисляется по n значениям, каждое из которых представляет собой сумму k показателей).

Разработанный в психометрии для оценки степени однородности предъявляемых испытуемому заданий, α - коэффициент отражает наличие корреляций между всеми рассматриваемыми параметрами: чем они выше, тем ближе он к 1. В контексте судебно-медицинских задач его предварительное вычисление позволяет решить вопрос о допустимости совместного использования формул при оценке того или иного параметра. Расчет коэффициента производится на основе дисперсий методов и дисперсий значений в пределах каждого метода и осуществляется в автоматическом режиме при помощи специальной статистической программы.

Результаты исследования.

Аналізу были подвергнуты следующие уравнения регрессии определения массы тела: 1) по длине тела [1]; 2) по условному показателю объема скелета с учетом указателя длины ноги [3]; 3) по массе сухого скелета [6]; 4) по массе сухой бедренной кости [6]; и четыре уравнения из работы польских авторов [10]: 5) по ширине нижнего эпифиза плечевой кости; 6) по ширине нижнего эпифиза бедренной кости; 7) по ширине плеч; 8) по ширине таза.

Остановимся подробнее на характеристике признаков, по которым производился расчет массы тела. В табл. 1 помещены средние значения, вычисленные для нашей серии, а также значения для тех серий, на которых были разработаны предложенные регрессионные модели и для которых авторами указаны статистические характеристики.

Таблица 1.

Статистическая характеристика признаков скелетной серии кафедры антропологии, в сравнении с признаками-предикторами исходных серий (в скобках указана численность)

Признаки	Данные по серии кафедры антропологии МГУ	Baker, Newmann, 1957 (80);		Gralla e.a., 1974 (73)	
		x	r*	x	r

Длина тела, см	164,93 (70)				
УПОС, см ³	6740,64(69)				
Вес сухого скелета, г	4191,49(61)	4290,0	0,544		
Вес сухой бедренной кости, г	373,59 (70)	409,0	0,535		
Ширина нижнего эпифиза плечевой кости, мм	63,67 (66)			61,78	0,602
Ширина нижнего эпифиза бедренной кости, мм	86,51 (67)			80,55	0,620
	38,47 (70)			39,45	0,530
	27,04 (65)			28,74	0,658
Ширина плеч, см		69,26		69,19	
Ширина таза, см					
Вес тела, кг					

* r - значение коэффициента корреляции признака-предиктора с весом тела.

Длину тела мы вычисляли по формулам Фюлли (сокращенным, см. [9]), а также, в случае необходимости, по уравнениям Дюпертюи, Хэддена, универсальная формула [7] и Элиакиса, Иорданидиса [9]. Условный показатель объема скелета рассчитывали по Дебецу как сумму произведений длины трех наиболее крупных костей человеческого скелета (плечевой, бедренной и большой берцовой) на их периметры. Помимо него, как уже было упомянуто, в формулу входил указатель длины ноги [2, 3]. Вес сухих костей измеряли эмпирически на электронных весах с точностью до 0,1г. Ширину плеч определяли по собственной формуле, учитывающей, помимо длины ключиц, также длину межключичной части грудины и развитие акромиальных отростков лопаток [5]. Ширину таза измеряли на смонтированных костях.¹

Результаты определения массы тела вкпе с другими статистическими характеристиками помещены в табл. 2.

Из дальнейшего рассмотрения мы исключили метод определения массы тела по весу сухой бедренной кости: его корреляция с методом определения по весу скелета достоверна и очень высока ($r = +0,926$, $n = 60$). На практике редко приходится иметь дело с неповрежденной сухой костью, которую можно было бы взвесить с достаточной точностью. Массу же сухого скелета (Мсс) рассчитать легче, для чего нами был разработан, в частности, ряд уравнений множественной регрессии.

Таблица 2.

Статистическая характеристика параметров массы тела, полученных разными способами

Способы получения массы тела, кг	n	x	s
По длине тела	70	64,3	3,718

По условному объему скелета	68	61,9	6,608
По весу сухого скелета	60	68,6	5,570
По весу сухой бедренной кости	70	65,5	6,004
По ширине нижнего эпифиза плечевой кости	66	71,1	4,476
По ширине нижнего эпифиза бедренной кости	67	71,6	4,889
По ширине плеч	70	66,7	5,372
По ширине таза	65	63,3	4,817

$$\begin{aligned}
M_{сск} &= 4,582 \cdot P_1 + 40,356 \cdot H_{7a} + 25,222 \cdot F_w - 2371,848 \pm 301,521; r = 0,804, \\
&= 9,726 \cdot H_5 + 5,052 \cdot P_1 + 26,585 \cdot F_w - 2250,784 \pm 313,210; r = 0,788, \\
&= 3,705 \cdot T_3 + 21,437 \cdot F_w + 39,469 \cdot H_{7a} - 2920,356 \pm 321,371; r = 0,778.
\end{aligned}$$

Здесь P_1 – наибольшая высота надколенной чашечки, H_{7a} – периметр середины диафиза плечевой кости, F_w – общий размер вертелов бедренной кости (измеряется как прямое расстояние от верхней точки большого вертела до нижней точки малого вертела), H_5 – наибольший диаметр диафиза середины плечевой кости, T_3 – ширина верхнего эпифиза большой берцовой кости (обозначения признаков даны по Мартину, за исключением общего размера вертелов бедренной кости, по Властовскому [4]).

Итак, по результатам определения массы тела (7 способов) мы рассчитали

$$\alpha = \frac{7}{6} \cdot \left(1 - \frac{182,68}{716,96} \right) = 0,869$$

α - коэффициент согласованности:

Большая величина этого коэффициента указывает на высокую степень согласованности изучаемых регрессионных моделей, а, следовательно, на принципиальную возможность использования любой из них в ходе определения массы тела.

По-видимому, предпочесть следует ту, для которой отмечается наиболее высокая корреляция с массой тела (табл. 1). В данном случае это одна из моделей польских авторов, основанная на измерении ширины таза ($r = +0,658$; для женщин этот коэффициент еще выше и составляет $+0,816$).

По результатам кластерного анализа наиболее тесно с выбранной нами моделью связаны уравнения определения массы тела по длине тела, ширине плеч, условному объему скелета, и, таким образом, средняя масса тела по серии вряд ли превышает 64 кг (рис. 1).

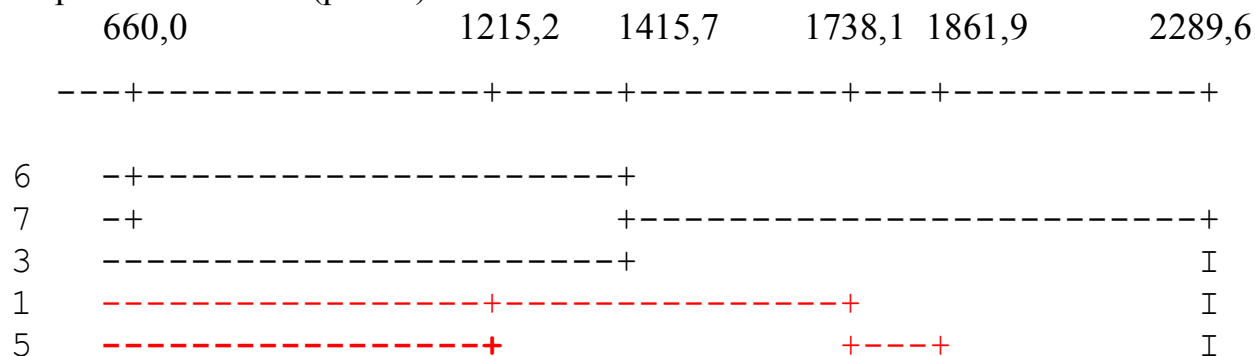




Рис. 1. Результаты кластерного анализа способов определения массы тела (метод ближнего соседа).

Здесь: 1 - способ определения массы тела по длине тела, 2 - по условному объему скелета, 3 - по весу сухого скелета, 4 - по ширине плеч, 5 - по ширине таза, 6 - по ширине нижнего эпифиза плечевой кости, 7 - по ширине нижнего эпифиза бедренной кости. Числа, указанные на шкале, обозначают расстояния («квадратичные евклидовы расстояния») между методами, на которых произошло их объединение в кластеры.

Прилагаем уравнения регрессии определения массы тела из польской работы, пересчитанные нами.

По ширине нижнего эпифиза плечевой кости:

$$\text{Мужчины: } y = 1,0253 \cdot x + 5,8470 \pm 6,669$$

$$\text{Женщины: } y = 1,1975 \cdot x - 4,4308 \pm 8,6036$$

По ширине нижнего эпифиза бедренной кости:

$$\text{Мужчины: } y = 1,0479 \cdot x - 15,2183 \pm 6,372$$

$$\text{Женщины: } y = 1,0022 \cdot x - 12,1613 \pm 8,318$$

По ширине плеч:

$$\text{Мужчины: } y = 2,5734 \cdot x - 32,331 \pm 7,080$$

$$\text{Женщины: } y = 3,2611 \cdot x - 56,1322 \pm 9,791$$

По ширине таза:

$$\text{Мужчины: } y = 3,4576 \cdot x - 30,1814 \pm 6,285$$

$$\text{Женщины: } y = 3,6508 \cdot x - 48,8811 \pm 6,334$$

Заключение.

В данной работе представлен один из способов определения согласованности результатов вычисления массы тела по различным регрессионным моделям. Разработанный в психометрии для оценки степени однородности предъявляемых испытуемому заданий, α - коэффициент Кьюдера-Ричардсона, как показали наши исследования, может быть привлечен к решению частных задач идентификационного плана. В контексте судебно-медицинских задач его предварительное вычисление позволяет решить вопрос о допустимости совместного использования формул при оценке того или иного параметра. Дальнейший выбор формул осуществляется обычным порядком, т.е. в зависимости от силы корреляции признака-предсказателя с искомым параметром. Дополнительно в работе приведены уравнения регрессии определения массы сухого скелета по некоторым размерам костей, а также модифицированные уравнения расчета массы тела по ширине нижних эпифизов плеча и бедра и по ширине плеч и таза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунак В.В. Соотношение длины сегментов и полная длина тела по измерениям на скелетах. -Вопросы антропологии, 1961. -Вып. 7. -С. 41-65.

2. Дебец Г.Ф. Об изучении физического развития древних народов. Тезисы докладов на заседаниях, посвященных результатам полевых исследований 1963 года. - М.: ин-т археологии, ин-т этнографии АН СССР, 1964.
3. Дебец Г.Ф., Дурново Ю.А. Физическое развитие людей эпохи энеолита в Южной Туркмении. – Советская этнография, 1971. -Вып. 1. -С. 26–35.
4. Властовский В.Г. Некоторые закономерности изменчивости скелета человека и животных на примере трубчатых костей. -Советская антропология, 1958. -Вып.1. -С. 3-16.
5. Колодиева (Григорьева) М.А. Массивность скелета как конституциональный признак у мужчин. Дисс... канд. биол. наук. М.: МГУ, 1991. -250 с.
6. Baker P.T., Newmann R.W. The use of the bone weight for human identification. American Journal of Phisical Anthropology, n.s. -1957. -Vol. 15. -№. 4. -P. 601-618.
7. Dupertuis C.W., Hadden J.A. On the reconstruction of stature from long bones. - Amer. J. Phys. Anthropology. -1951. -Vol. 9. -P. 15-53.
8. Ebel R.L. Measuring Educational Achievement. Englewood Cliffs, N. J. – 1965. -P. 326-330.
9. Fully M.G., Pineau H. Détermination de la stature au moyen du squelette. Ann. Méd. lég. –1960. 40/2. -S. 145-154.
10. Steudel K. New estimates of early hominid body size. - Amer. J. Phys. Anthropology. -1980. -Vol. 52. -P. 63-70.
11. Eliakis D., Eliakis E., Jordanidis P.J. Détermination de la taille d'après des os longs. Ann. Méd. lég. –1966. -V. 46. -S. 403-426.
12. Gralla G., Szkandera J., Fudali M. Próba rekonstrukcyi ciezarue ciała z ludzkich szczatków kostnych. Prz. antropol., 1974. -Vol. 40. -№ 2.

А.Л. Гукасян, А.Ю. Резников

РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ЭКСПЕРТОВ-ТАНАТОЛОГОВ

Краснодарское краевое бюро СМЭ

Основной работой экспертов судебно-медицинского морга г. Краснодара является первичная судебно-медицинская экспертиза трупов, поступающих из различных округов города, а также умерших в больницах от травм различного генеза или с не установленным диагнозом. Качество работы экспертов танатологического отдела достигается не только личным опытом специалистов, но и активным участием врачей в оперативных следственных действиях. Такой работой являются ежедневные суточные дежурства по городу Краснодару судебно-медицинских экспертов в составе оперативно-следственных групп. Благодаря этому, оказывается эффективная помощь следователю на месте происшествия, а врач, участвовавший в осмотре трупа, зная особенности каждого конкретного случая, целенаправленно и качественно проводит первичную экспертизу в морге.

Так, за текущий 2000 год было проведено 705 осмотров трупов, что обеспечивало высокий уровень проведения оперативно-следственных действий, раскрытие целого ряда тяжких преступлений. При необходимости эксперты участвуют в допросах подозреваемых лиц, тем самым оказывая помощь следствию в получении качественной информации. Кроме того, по требованию органов следствия, эксперты принимают участие в следственных экспериментах, обеспечивают помощь в восстановлении картины того или иного преступления, объективно решая вопрос о возможности травмирования тем или иным способом в конкретных условиях совершения преступления, основываясь на данных судебно-медицинской экспертизы.

Нередким является вызов эксперта-танатолога для участия в судебных заседаниях и оказания помощи в процессе судебного следствия. Нельзя не отметить активную работу экспертов городского морга при эксгумации трупов, когда возникают новые обстоятельства или вопросы в процессе следствия, решение которых нередко изменяет ход уголовного дела.

Как было отмечено выше, в работе эксперта немалую долю составляет экспертиза лиц, умерших в клиниках города, которая является одним из сложнейших разделов его деятельности. Разбор особо сложных клинических случаев осуществляется совместно с врачами-клиницистами на клиничко-анатомических конференциях, чем оказывается существенная помощь органам здравоохранения в улучшении лечебно-диагностической и профилактической работы.

Судебно-медицинские эксперты-танатологи г. Краснодара тесно сотрудничают с кафедрой судебной медицины Кубанской медицинской академии, которая не только выполняет различные виды судебно-медицинской экспертизы, но и проводит теоретическую подготовку обучающихся в рабочей интернатуре, оказывает консультативную помощь в научно-практическом плане экспертам-танатонологам.

Последние три года отмечается некоторое снижение общего количества аутопсий, однако значительных структурных изменений не произошло, и уровень насильственной смерти составил 65-70%.

Наибольшее значение для нас имеет структура насильственной смерти, представленная тремя родами – убийствами, несчастными случаями и самоубийствами. Это обусловлено спецификой работы судебно-медицинского эксперта. В количественном отношении за три года дорожно-транспортные происшествия составили 583 случая, убийства - 222 и самоубийства - 325 случаев. В процентном соотношении убийства составляют 8,5%, самоубийства - 12,4%, остальная часть приходится на несчастные случаи - 79%. При этом, транспортные происшествия составляют третью часть этого рода смерти (22% от общего числа случаев насильственной смерти).

Судя по приведенной структуре насильственной смерти, на врача судебно-медицинского эксперта при выполнении первичной судебно-медицинской экспертизы трупов ложится большая нагрузка и ответственность в получении конечного результата высокого качества. Объективным критерием высокого

уровня работы отдела являются результаты и количество повторных экспертиз, проведенных сотрудниками отдела сложных экспертиз.

На наш взгляд, при имеющемся материальном оснащении танатологического отдела бюро СМЭ Краснодарского края, существуют организационные резервы, которые могли бы повысить качество нашей работы. И, в первую очередь, – это более тесное сотрудничество с судебно-следственными органами в период выполнения первичных экспертиз трупов.

В.Н. Звягин, О.И. Галицкая

УСТАНОВЛЕНИЕ РОДСТВА ПО ПРИЗНАКАМ ВНЕШНОСТИ

Российский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ

Вводные замечания

Если портретная идентификация человека достаточно хорошо известна, то установление родства по признакам внешности в отечественной судебной медицине практически отсутствует.

Литературные данные по семейному сходству признаков внешности, как правило, касаются экспертиз спорного отцовства или диагностики близнецов. Определенный интерес заслуживают лишь некоторые работы [1-7].

Установлено, что большинство детей имеют сходство с родителями по 40-69% признакам. Общий процент сходства больше у сына с матерью, а у дочери с отцом почти не зависит от возраста детей. Те дети, которые мало похожи на отцов или матерей, обнаруживают разительное сходство с праотцами. Причем большее количество сходных признаков (до 60%) наблюдаются у сына с дедом по матери, а у дочери - с бабушкой по отцу (до 58%). Отмеченная закономерность (дети и праотцы) прослеживается и у других детей.

Принадлежность к разным расам отца и матери, как правило, облегчает сравнение целого комплекса признаков: разрез глаз, цвет волос, глаз и кожи и пр. Например, отец - монголоид, мать - европеоид, у ребенка может быть эпикантус, косовнутренний разрез глаз и др. Промежуточность облика у метисов обычно не наступает ранее, чем через 2-3 поколения. То же самое наблюдается и при смешении различных локальных рас европеоидов, что, как нам кажется, имело место в роду Берингов.

Около 1,1-1,2% всех рождений приходится на близнецовые. Около 1/3 близнецов однойцовые (ОБ). Диагностика однойцовости пар производится на основе сходства по ряду наследственно-детерминированных признаков: конкордантность строения и цвета радужки, формы носа, рта, формы и величины зубов, папиллярных линий, размеров тела, группы крови и др. Партнеры ОБ всегда одного пола, иногда настолько схожи внешне, что неразличимы даже для родителей.

Двуяйцовые близнецы (ДБ) по своим наследственным свойствам сходны друг с другом не более, чем обычные братья и сестры.

Роль наследуемости (h^2) в изменчивости количественных признаков у близнецов достаточно высока [2]: вес тела - 0,69; высота тела - 0,88; длина головы - 0,72; скуловая ширина - 0,60; ширина носа - 0,66; высота лица - 0,74.

Идентификационная значимость признаков внешности при диагностике типов близнецов неодинакова [3].

Наибольшей информативностью обладают признаки носовой части лица (контур нижних краев крыльев носа, степень открытия носовой перегородки, контур кончика носа, профиль спинки носа, положение основания носа, относительная ширина носа), а также признаки рото-подбородочной части (контур подбородка, выступание губ, степень выступания подбородка, контур и выраженность фильтра, относительная толщина губ, контур каймы нижней губы, соотношение ширины каймы губ, контур ротовой щели, контур каймы верхней губы, положение углов рта). Лобно-глазничная часть лица менее информативна. Признаки в порядке убывания располагаются следующим образом: особенности волос, характер нависания неподвижной части верхнего века, контур глазной щели, контур бровей, раскрытие глазной щели, форма лица, направление и положение бровей.

Что касается ушных раковин, то наибольшей информативностью обладает контур свободного края мочки и характер ее поверхности.

Следует заметить, что на смену генетическому подходу в установлении родства (по наличию рецессивных и доминантных признаков у потомков) приходит биометрический [2, 4, 5, 6, 7], в рамках которого исследуется интегрально вся совокупность избранных признаков.

Особенности наследования признаков внешности

Цвет кожи, как наследственный признак, при исследовании фотопортретов не имеет почти никакого значения. Лишь в некоторых случаях может фиксироваться тот или иной оттенок основного цвета кожи, как резко смуглая кожа или резко белая.

Цвет волос (и кожи) у детей, за редким исключением, не бывает темнее, чем у одного из родителей. У рыжих и белокурых родителей дети всегда рыжие или белокурые и пр. Для наших целей этот признак, как увидим ниже, имеет второстепенное значение (непостоянный признак) и на нем мы также не остановимся подробно.

Форма волос имеет также второстепенное значение. Известно лишь, что доминирующими являются курчавые волосы над прямыми.

Точно изучено наследование радужной оболочки. У родителей с карими глазами могут быть голубоглазые, с карими глазами и сероглазые дети; у голубоглазых родителей могут быть дети только с голубыми глазами.

Семейное сходство вызывается наследственной передачей некоторых характерных черт - формы носа или рта, расположением глаз, формы бровей, асимметрии элементов лица, особенностей сложения тела, а равно различного рода уродств, как заячья губа, гипоспадия, шестипалость, косолапость, короткапалость, синдактилия (перепончатое сращение пальцев), пигментная ксеродерма, коричневая эмаль зубов, "окостеневший" мизинец (камптодактилия), го-

лубые склеры, альбинизм, шерстистые волосы, гипертрихоз ушных раковин и др. Что касается уродств развития, то они так редко встречаются, что их ценность в определении семейного сходства практически не реализуется.

Перейдем к строению ушных раковин. Здесь мы располагаем подробной сводкой Н.Л. Полякова [1]. Величина ушной раковины обычно очень хорошо наследуется. У детей не бывает большого уха при малых ушах родителей, и наоборот. Правда, при большом ухе отца и малом у матери у сына чаще бывает большое ухо, а у дочери малое. У лиц женского пола ушные раковины чаще, если не малых размеров, то, во всяком случае, менее средних. Даже подмечено, что и у сына может быть малое ухо, если у него атлетическое сложение, как и у отца (чаще) или матери (реже).

Относительно формы уха можно сказать, что 3-х угольное ухо с приращенной мочкой у отца, овальное с отделенной овальной мочкой у матери - могут дать у ребенка ухо овальное с горизонтально приращенной мочкой. Косое приращение ушной раковины чаще встречается при низкой или средней высоте головы; прямое приращение при высокой и средней высоте головы. Если у родителей имеется косое приращение, то у ребенка (чаще у мальчиков) почти всегда (96%) приращение будет косым. Если у одного из родителей приращение косое, а у другого прямое (вертикальное), то у ребенка чаще косое приращение (73,8%), чем вертикальное (26,2%).

Величина бордюра (скрученность) имеет очень важное значение в наследовании. Большой бордюра, видимо, всегда является доминирующим признаком. При малом бордюре у одного из родителей и большим у другого, у ребенка будет или средняя, или большая его величина. Малый бордюра родителей у ребенка не дает, обычно, среднего или большого, а всегда малый.

Выступление завитка из-за бордюра, хотя бы у одного из родителей, обычно наследуется ребенком. Завиток на одном уровне с бордюром у одного из родителей и уходящий (не видный) у другого, дает почти всегда завиток у ребенка на одном с бордюром уровне. Между прочим это относится и вообще ко всем резко выступающим формам, большим величинам и пр. Например, большой величины козелок, ушная мочка и др. хорошо передаются потомству.

Козелок - наибольшее значение имеет его форма и направление. Если у родителей овальная (6%) или 2-3-х вершинная (0,8%) форма козелка, то у детей она сохраняется. Если козелок у отца овальный, а у матери трехугольный, то у ребенка может быть трапецевидный. При трапецевидном и треугольном козелке родителей ребенок может иметь 2-3-х вершинный.

Оценка степени родства

Родство определяют долей общей наследственной массы, полученной от общих предков. Степень общности генного состава отдельных групп родственников пропорциональна степени их родства. Соответственно этому генетическая корреляция внутри родственных групп определяется по формуле К.Пирсона:

$$r = (1/2)n,$$

где n - степень родства. Однако она не совпадает с фенотипической корреляцией.

При недифференцированном подходе к признакам: постоянные часто и редко встречающиеся, непостоянные возрастно-изменяющиеся и возрастностабильные, нередко сходство между неродственными лицами оказываются такими же, как и у кровных родных. Но здесь уже речь идет о методической ошибке, чего не удалось избежать в работе [1].

Наш экспертный опыт позволяет рекомендовать следующий алгоритм анализа [8].

Исследуют постоянные признаки внешности ребенка, матери и предполагаемого отца (спорное отцовство), либо ребенка и предполагаемой матери и отца (экспертиза подмены детей в роддоме) на основе не менее 90-100 признаков по одному из известных перечней словесного портрета.

Исходя из сочетания в семейном триплете, выделяют:

1. Признаки, общие для всех 3-х лиц, признаки являются фоновыми и из дальнейшего анализа исключаются. Правда, в случаях подмены детей количество этих признаков в рассматриваемом триплете в 2-3 раза меньше по сравнению с другими вариантами, т.е. при спорном отцовстве или происхождении ребенка от данной родительской пары.

2. Признаки частные, т.е. индивидуализирующие каждого из обследованных лиц (признаки не имеют существенного значения для дальнейшего анализа).

3. Признаки, общие для пар: мать – предполагаемый отец (генетически несвязанная пара); мать – ребенок; отец – ребенок.

Оценка результатов по 3-й группе признаков:

- если ребенок происходит от данной родительской пары, то количество общих признаков в парах «мать-ребенок», «отец-ребенок» в 1,5-2 раза больше, чем в генетически несвязанной паре «мать-отец». При этом количество общих признаков ребенка может быть равным с отцом и матерью, несколько большим с матерью или большим с отцом;

- если ребенок не происходит от данной родительской пары, то количество общих признаков в парах «мать-ребенок» и «отец-ребенок» равно, меньше или на 1-2 признака больше, чем в генетически несвязанной паре «мать-отец»;

- если ребенок не происходит от вероятного отца, то количество общих признаков в парах «отец-ребенок» и «мать-отец» примерно равно в 1,5-2 раза меньше, чем в генетически связанной паре «мать-ребенок».

Оценка результатов по 2-й группе признаков:

- если ребенок происходит от данной родительской пары, то вне зависимости от большой индивидуальности отца или матери ребенок имеет в 2-3 раза меньшее число индивидуализирующих признаков;

- если ребенок не происходит от данной родительской пары, то степень его индивидуальности может быть равна предполагаемым его родителям, или быть большей;

- если ребенок не происходит от вероятного отца, то по количеству индивидуализирующих признаков у отца их в 2-3 раза больше, чем у ребенка и матери.

Установление неслучайности результатов

Достигается привлечением к анализу предполагаемого семейного триплета близких кровных родственников, например, братьев или сестер, обследуемому ребенку, либо бабушек и дедушек по отцу или матери.

Заключение

Мы надеемся, что приведенные нами данные могут быть полезны практическим судебно-медицинским экспертам, особенно в тех случаях, когда в их распоряжении имеются лишь портретные изображения одного или нескольких проверяемых лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поляков Н.Л. Значение антропологических признаков при определении сходства или несходства у кровных родственников (экспертиза "отцовства"). Суд.-мед. экспертиза, 1926. -С. 82-99.

2. Бунак В.В. О некоторых вопросах генетического анализа непрерывно варьирующих признаков у человека. Антропологический журнал, 1937. -№ 3. -С. 16-39.

3. Зинин А.М., Липовецкая Н.Г., Ройтман А.Б. Применение теории информации для определения идентификационной значимости признаков внешности (по материалам исследования близнецов). Правовая кибернетика. М.: Наука, 1973. -С. 190-199.

4. Szczotkowa Z. Antropologia w dochodzeniu ojcostwa. Warszawa-Wroclaw. 1985. -S. 49-198.

5. Orczykowska Swiatkowska Z., Krajewska A. The probability of paternity on the basis of 70 dermatoglyphic features // Studies in Physical Anthropology. 1985. - № 3. -P. 53-79.

6. Звягин В.Н., Тарасов И.Б. Судебно-медицинские аспекты дерматоглифики кистей и стоп. Суд.-мед. экспертиза, 1989. -№ 2. -С. 14-16.

7. Тарасов И.Б. Судебно-медицинские критерии внутрисемейного сходства по признакам дерматоглифики стопы. Автореферат дисс... канд. мед. наук. М., 1992. -19 с.

8. Звягин В.Н., Мусаев Ш.М., Станюкович А.К. Витус Йонассен Беринг: медико-криминалистический портрет.// - Баку, Азернешр, 1995. -264 с.

В.Н. Звягин, О.И. Галицкая, Н.В. Нарина

КРАНИОЦЕФАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ "СЛОВЕСНОГО ПОРТРЕТА"

Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава РФ

Вводные замечания

Среди экспертов практиков широко распространено мнение, что выявленное в процессе фотосовмещения соответствие анатомо-топографических контуров и точек на прижизненном фотопортрете исчезнувшего лица и одноименных

краниометрических ориентиров на черепе само по себе означает принадлежность черепа и портрета одному и тому же лицу, поскольку неидентичный "чужой" череп совместить указанным образом с изображением головы какого либо другого человека невозможно.

С такими выводами, конечно, трудно согласиться.

В методическом письме "О судебном-медицинском отождествлении личности трупа по черепу", подготовленном Ю.М. Кубицким [1], оценке результатов фотосовмещения уделяется достаточно много внимания. Правда, они обставляются целым рядом дополнительных условий: совпадение расовых, половых и возрастных признаков, признаков словесного портрета, особенности строения и протезирования зубов, округлость головы, прижизненные травмы и хирургические вмешательства на костях черепа, цвет волос и т.д. В данной статье мы коснемся тех трудностей, которые возникают при сравнительном исследовании признаков словесного портрета.

Заметим, что надежность описания этих признаков зависит от объема представленного фотоматериала, точного соответствия фотоснимков по ракурсу, условиям съемки и качеству изображения, а также от личного опыта и профессиональных навыков эксперта-специалиста.

Фотопортрет является геометрической проекцией объемной поверхности лица на плоскость светочувствительного материала. Поэтому соотношения линейных размеров лица на фотоизображении могут отличаться от действительных.

Степень различия зависит от наклона головы во время съемки. При отклонении головы вперед или назад меняются размерные отношения проекций лица только по вертикали, при повороте головы от фаса к профилю - только по горизонтали. При произвольном положении головы суждение об относительных размерах лица затруднено. В последнем случае ориентируются не столько на измерительные, сколько на качественные признаки.

Последние также могут восприниматься искаженно. Так, при повороте головы от профиля к фасу на фотоснимках сначала увеличивается, а затем резко уменьшается выпуклость лба, глубина переносицы, выступание носа. Уменьшается наклон лба, выступание и выпуклость подбородка, рельефность спинки носа. Видоизменяется конфигурация ушной раковины и ее мочки.

При наклоне головы вперед или назад происходит изменение общей формы лица. В первом случае оно принимает треугольную или трапецевидную форму с основанием вверх, во втором - пирамидальную с основанием вниз.

При наклоне вниз наблюдается увеличение извилистости линии роста волос головы, меняются изгиб бровей, направление глазной щели и линии рта - наружные их концы смещаются вверх. Аналогичным образом меняется направление горизонтальных морщин на лице. Создается впечатление о меньшей оттопыренности ушных раковин. В случаях отклонения головы назад трансформация указанных элементов внешности на фотографиях имеет противоположное направление. Во всех этих случаях оценку признаков осуществляют не по зрительному впечатлению, а с коррекцией к исходному положению головы в

анфас и профиль. При невозможности такой коррекции следует отказаться от оценки признака.

Работая с качественными характеристиками внешности изображенного на фотоснимке человека, следует учитывать расположение источников освещения, направление и интенсивность света. Направленное верхнее (или солнечное) освещение как бы увеличивает верхнюю часть лица. Прямоугольное или овальное по контуру лицо может напоминать треугольное. Увеличивается ширина носа; переносица, напротив, сужается. Увеличивается размер нижней губы, зрительно сокращается подбородок.

Нижнее освещение приводит к еще более резкому искажению черт внешности. Свето-теневое контрастирование приводит к тому, что нижняя часть лица становится шире верхней. Увеличивается высота подбородка, сокращается высота лба. Спинка носа и особенно переносица кажутся шире.

При фотографировании с близкого расстояния (менее 2 м) разно удаленные детали лица оказываются изображенными в разном масштабе. В результате искажается относительный размер проекций.

На точность фотографического отображения признаков внешности оказывает влияние состояние мимики человека.

Материалы и методы

Использованы результаты 96 экспертиз из архивов судебно-медицинских учреждений, в основном г. Москвы, включающие метод “фотосовмещения” относительно взрослых лиц (старше 16-18 лет). Так как большинство экспертиз содержали иллюстративный материал только по положениям головы и черепа близким к анфасу, “фотосовмещения” по профилю и 3/4 поворота мы не рассматривали. При сравнении изображений рассматривали лишь те пары, у которых разность ракурсов не превышает 1 балла.

Исследование проводили на компьютерной базе данных «череп-портрет», включавшей в совокупности ИП (идентичные пары) и СП (смешанные пары) по 88 случаям. Комплектование совокупности СП проводили методом случайных чисел. Оценка признаков осуществлена по критерию $DK = 100 \lg(n+/n-)$ и по оригинальной методике математической логики, в частности, по «Методу концептуального представления больших массивов данных», разработанному О.И. Галицкой и В.В. Чавчанидзе [2, 3]. Была использована следующая программа оценки признаков на фотографии лица и черепа:

Признак	Оценка признака (фото / череп)
X1 общая конфигурация лица: округлая	овальная; яйцевидная суженная вниз;
X2 положение бровей (правая)	яйцевидная суженная вверх; иная скошены наружу; скошены внутрь;
X3 положение бровей (левая)	горизонтальные; иное скошены наружу; скошены внутрь;
X4 положение глазных щелей (правая)	горизонтальные; иное горизонтальное; косовнутреннее; ко- сонаружное; иное

X5 положение глазных щелей (левая)	горизонтальное; косовнутреннее; ко- сонаружное; иное
X6 спинка носа	искривлена вправо; искривлена влево; вертикальная; иное
X7 основание носа	приподнятое; горизонтальное; опу- щенное; иное
X8 положение основания носа	косо налево, горизонтальное; косо направо; иное
X9 положение линии рта	косо налево; горизонтально; косо на- право; иное
X10 форма подбородочного бугра	с ямочкой; раздвоенный; в виде овального бугра; с валикообразным утолщением по краю; иное
X11 контур свода черепа	дугообразный (высокий), полукруг- лый (низкий), уплощенный; крыше- видный; иное
X12 контур скуловой области	прямолинейный; выпуклый; вогну- тый; скошенный внутрь; иное
X13 контур ветви нижней челюсти	прямолинейно-вертикальный; ско- шенный внутрь; скошенный наружу; иное
X14 контур тела нижней челюсти	около 90°; острый; тупой; иное
X15 контур нижнего края подбородка	округлый; треугольный; квадратный; иное

Результаты исследования

Предварительный анализ показал, что однозначная фиксация ряда описательных признаков по плоскостным изображениям невозможна. Здесь речь идет не о качестве собственно изображений, а о различном проекционном положении как головы на прижизненном фото, так и черепа. Иными словами, надежность фиксации качественных признаков зависит от ракурса головы и черепа.

Традиционное сравнительное исследование признаков словесного портрета, когда их соответствие на черепе и фотоснимке обозначается как “+”, а несоответствие как “-”, с последующей трансформацией типа: $DK = 100 * \lg(n+/n-)$ количество совпавших признаков/количество несовпавших признаков, показало, что данная система признаков не позволяет судить о тождестве "череппортрет" и лишь в 49% случаев обнаруживает возможность его исключения.

В дальнейшем был применен аппарат математической логики. Используемый метод представляет нестатистический подход к оценке информативности признаков в задаче распознавания образов, т.е. принадлежности рассматриваемого случая к тому или иному классу.

Статистический подход, имея в своей основе понятие частоты встречи, дает усредненную, обобщенную картину, не учитывает индивидуализирующих

особенностей и прецедентов, редко встречающихся в практике, но с большой достоверностью отнесенных к определенному классу. Статистический подход не дает также содержательной интерпретации результатов, и не позволяет определять, за счет каких именно признаков (или их сочетаний) произошло отнесение рассматриваемого случая к определенному классу. При этом подходе учитывается лишь частота встречи признака, что часто не является критерием его информативности.

Метод концептуального описания лишен этих недостатков и снимает основное затруднение в методах логической минимизации – полный перебор по признакам и случаям за счет структурного представления выборки, что позволяет проводить как ее логическую минимизацию, выявляя существенные признаки описания, и получать описание в виде логической функции, так и сам процесс отнесения случая к классу, избегая полного перебора.

С этой целью была повторно изучена база данных графических изображений по 88 случаям.

Дихотомический признак (принимающий значение 1 – совпадение или 0 – несовпадение) считаем несущественным, если в описаниях случаев встречаются оба его значения при прочих равных (совпадающих) значениях переменных.

Таким образом, в анализируемой базе данных имеем 36 случаев из 88 совмещения по всем признакам. При этом признаки X13 (4 случая), X4 (3 случая), X8 (3 случая), X9 (5 случаев), X14 (1 случай), X1 (3 случая), X7 (2 случая), X6 (2 случая), X10 (1 случай), X12 (1 случай) – всего 25 случаев – являются несущественными, так как встречаются их оба значения – 1 и 0 при прочих совпадающих значениях признаков.

Переменные X2, X3, X5, X11, X15 – существенные признаки. Это означает, что исследуя только эти признаки на совпадение значений по ним, можно говорить о морфологическом сходстве, но не о тождестве, если получаем совпадение по всем существенным признакам, и об исключении сходства, если не получим по данным признакам совпадение. Для установления принадлежности объектов необходимо сравнивать описание исследуемого случая с формулой, которая описывает логически весь массив.

Отметим некоторые закономерности, наблюдаемые в базе данных, используя «Матрицу дихотомических признаков словесного портрета».

Так, при несовпадении по признаку X2 ($X_2=0$) наблюдается несовпадение и по признаку X3 ($X_3=0$), за исключением тех случаев, когда по признакам X13, X5 и X15 имеется тоже несовпадение ($X_{13}=X_5=X_{15}=0$). При $X_{15}=0$ и совпадении по другим признакам признаки X14 и X2 встречаются в противоположных значениях: ($X_{14} \vee X_2$) или ($X_{14} \vee X_2$).

При $X_{13}=0$ проявляется несущественность признака X3, при $X_4=0$ – несущественность признаков X1, X5 и X7; при $X_8=0$ несущественность признака X9; при $X_{14}=0$ несущественность признаков X11, X10 и X15; при $X_9=0$ и несовпадении признаков X2 и X3 ($X_2=X_3=0$) несущественным оказывается признак X13; при $X_1=0$ признаки X4 и X13 встречаются в противоположных значениях при совпадении по прочим признакам; при $X_7=0$ признак X4 оказывает

ся несущественным, при $X_6=0$ несущественным оказывается признак X_8 ; при $X_{10}=0$ признак X_{14} несущественен при прочих совпадениях; при $X_{12}=0$ в одном случае все признаки совпадают, в другом только X_6 , X_9 , X_8 совпадают, а остальные не совпадают.

Таким образом, проведенный концептуальный анализ позволил из 15 исследованных признаков словесного портрета выявить 5 наиболее существенных: X_2 , X_3 – положение левой и правой бровей, X_5 – положение левой глазной щели, X_{11} – контур свода черепа и X_{15} – контур нижнего края подбородка, которые в первую очередь могут использоваться при экспертизе идентификации типа «фото-портрет».

Концептуальный метод (КМ) показал перспективность исследования качественных признаков лица и черепа для задач идентификации личности и, по видимому, может быть использован для всего класса экспертиз, связанных с портретной идентификацией.

Вместе с тем выяснение надежности экспертных выводов, полученных с помощью КМ, нуждается в верификации на независимой выборке.

Выводы

Показано, что статистические методы анализа признаков словесного портрета и традиционных измерительных признаков, фиксирующих общие габариты объектов "черепа-портрет", не позволяют проводить идентификацию, а лишь допускают их дифференциацию. По измерительным признакам она возможна в 13,7% случаев у женщин и 48,3% - у мужчин. Выявлено, что надежность фиксации качественных признаков зависит от их ракурсного положения. Признаки данного класса требуют для своей интерпретации привлечения аппарата математической логики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубицкий Ю.М. Судебно-медицинское отождествление личности трупа по черепу методом фотосовмещения //Рефераты 2 расширенной конференции Киевского отделения УНОСМиК. -Киев, 1956. -С. 26.
2. Галицкая О.И., Чавчанидзе В.В. Концептуальное представление больших массивов данных. Сообщения АНГССР, 1980. -№ 3. –С. 98.
3. Галицкая О.И., Чавчанидзе В.В. Концептуальное представление большого объема данных. IX Всесоюзный симпозиум по кибернетике, 1981. -Т. 1.

В.В. Зимнухов, В.Ф. Пилипас, С.Н. Абрамова, Н.А. Бахарева

К ВОПРОСУ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ТРЕТИЧНЫХ АМИНОВ

Краснодарское краевое бюро СМЭ

В судебно-химическом анализе для количественного определения лекарственных веществ из группы третичных аминов широко используются экстракционно-фотометрические методы, основанные на реакции с кислотными красителями. Они отличаются высокой чувствительностью, хорошей воспроизводимостью и доступностью. Методы основаны на том, что кислотные красители

при определенных условиях с третичными аминами образует окрашенные ионные ассоциаты, которые легко экстрагируются органическими растворителями. Интенсивность окраски экстракта в определенных пределах пропорциональна количеству определяемого третичного амина.

В судебно-химическом анализе для определения третичных аминов экстракционно-фотометрическим методом наиболее часто используется кислотный краситель – метиловый оранжевый. Этот индикатор является универсальным реагентом, так как вступает в реакцию с большинством веществ из этой группы. Большим его достоинством является и то, что он практически не экстрагируется из реакционной системы органическими экстрагентами в широких диапазонах pH среды.

При определении третичных аминов, выделенных из биологических объектов, требуется предварительная очистка их от соэкстрактивных веществ. Для этих целей наиболее часто используется тонкослойная хроматография с последующим элюированием определяемого вещества из зоны его локализации.

Нами ранее был разработан метод количественного определения атропина и кодеина экстракционно-фотометрическим методом по реакции с метиловым оранжевым в сочетании с электрофорезом на бумаге [1, 2]. При этом установлено, что определение этих веществ можно проводить без предварительного их элюирования с электрофореграмм. Определяемые вещества в реакцию образования ионного ассоциата вводятся на электрофореграмме с места их локализации. В зависимости от концентрации анализируемого вещества (интенсивность окраски и площадь зоны, проявленной реактивом Драгендорфа) в реакцию образования ионного ассоциата вводят часть или весь выделенный участок электрофореграммы.

Предложенный вариант был затем изучен нами для экстракционно-фотометрического определения других лекарственных аминов, часто встречающихся в практике судебно-медицинской экспертизы отравлений. Были подобраны оптимальные условия определения амидопирина, галидора, димедрола, курантила, корданума, но-шпы, церукала, этацизина, этмозина. Разработанная методика может быть легко адаптирована и для определения других лекарственных аминов.

Электрофорез проводили на бумаге «Filtrak FN-11» в камерах ПВЭФ-1 или ПВАФОР-1 при напряжении 400 В, используя в качестве электролита универсальную буферную смесь Бриттона-Робинсона с pH 2 или 10% раствор уксусной кислоты. Электрофорез в зависимости от электролита проводится в течение 1-2 часов. Подобраны оптимальные значения pH среды при получении ионного ассоциата (pH 2 при определении но-шпы и курантила и pH 5 при определении остальных из указанных выше веществ).

Предложенный нами вариант позволяет проводить экстракционно-фотометрическое определение следовых количеств лекарственных третичных аминов. В этих случаях количественный анализ проводится во всем объеме «щелочного» экстракта. Для идентификации обнаруженных веществ используют хлороформный экстракт ионного ассоциата после измерения его оптической

плотности, применяя тонкослойную хроматографию и другие аналитические методы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зимнухов В.В., Кисвянцева Н.М., Никитенко В.Ф., Шандыба О.А. // Суд.-мед. эксперт. –1976. -№ 4. –С. 34–36.

2. Зимнухов В.В., Никитенко В.Ф., Шандыба О.А., Кисвянцева Н.М. //Современные методы исследования судебно-медицинских объектов (сборник научных статей. –Рига, 1977. –С. 61–64.

В.В. Зимнухов, А.В. Удалов

МОДИФИКАЦИЯ ТСХ-СКРИНИНГА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ТРЕТИЧНЫХ АЗОТСОДЕРЖАЩИХ ОСНОВАНИЙ Краснодарское краевое бюро СМЭ

В судебно-химическом анализе скрининг методом тонкослойной хроматографии (ТСХ-скрининг) является эффективным способом предварительного обнаружения малолетучих токсических веществ. Возможности этого метода значительно расширились после внедрения в практику готовых хроматографических пластинок, в частности пластинок «сорбфил». Однако при анализе гнило-лостно измененных объектов общепринятые варианты ТСХ-скрининга часто не дают желаемых результатов. Созкстрактивные вещества, содержание которых резко возрастает при анализе таких объектов, мешают смачиванию подвижной фазой стартовой линии с нанесенной на нее пробой, уменьшают скорость миграции разделяемых веществ, искажают форму хроматографических зон, резко изменяют значения R_f .

Нами предложена модификация варианта ТСХ-скрининга, описанного В.А. Карташовым с соавт. [1], которая позволяет в значительной степени уменьшить вышеуказанные негативные влияния созкстрактивных веществ.

В этой модификации пластинка «сорбфил» 10x15 см делится на три зоны. Первая и вторая зоны шириной около 3,3 см используются для хроматографирования двух анализируемых проб; третья зона шириной около 1,5 см – для хроматографирования метчиков – пяти оснований: кодеина, дипразина, новокаина, амидопирина, седуксена. Часть сорбента между зонами и по краям пластинки шириной около 0,5 см удаляется (для этой цели удобно использовать обыкновенную отвертку), что позволяет разделить хроматографируемые зоны и избежать при развитии хроматограммы краевых эффектов.

При высоком содержании созкстрактивных веществ перед развитием хроматограммы в ацетоне необходимо провести предварительное хроматографирование в бензоле. При этом азотсодержащие основания остаются на старте, а часть созкстрактивных веществ мигрирует по пластинке. После этого место нанесения проб лучше смачивается ацетоном, и создаются благоприятные условия для хроматографического разделения.

В ТСХ-скрининге важное место занимает элюирование токсических веществ из соответствующих хроматографических зон для их последующей иден-

тификации и количественного определения. Методы мацерации и экстракции, чаще всего используемые для этой цели, обладают рядом недостатков, главной из которых является получение сравнительно больших объемов сильно разбавленных элюатов, что ведет к необходимости их последующего концентрирования.

Нами предложена методика элюирования токсических веществ из группы азотсодержащих органических оснований с пластинок «сорбфил» после проведения скрининга в описанной выше модификации. В основу методики положена нисходящая хроматография.

После проявления хроматограммы модифицированным реактивом Драгендорфа вырезают полосу хроматограммы отступя 0,5–2 см ниже и выше окрашенного участка. Вырезанную полосу высушивают при слабом нагревании (40–50°) и окуривают парами аммиака до полного ее обесцвечивания. Один конец полосы обрезают, получая тупой угол. На противоположную от среза часть выделенной хроматограммы помещают полосу фильтровальной бумаги (фитиль), одинаковой с ней ширины. Место соединения хроматограммы с фитилем помещают между двумя предметными стеклами и последние фиксируют двумя резиновыми кольцами. Полоски хроматограммы и фитиля должны перекрываться на 0,5–1,0 см. Фитиль помещают в кювету с элюентом, в качестве которого используется смесь ацетона с 25% раствором аммиака (9:1). Под срез полосы хроматограммы помещают приемник, в качестве которого могут быть использованы микропробирка или другая емкость. При проведении последующего исследования на газовом хроматографе элюат можно собрать микрошприцом из капли на конце среза. Все описанное выше приспособление помещают в эксикатор. Собирают элюат в количестве от нескольких мкл до 1 мл.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карташов В.А., Овсянникова В.М., Кудрикова Л.Е.// Суд.-мед. эксперт. –1982. -№ 3. –С. 39–44.

Е.М. Кильдюшов, М.С. Кильдюшов

ТЕПЛОФИЗИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КАК ОСНОВА МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРОЦЕССА ОХЛАЖДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Кафедра судебной медицины РГМУ, Московский государственный университет экономики, статистики и информатики

Практическая значимость проблемы повышения точности определения давности наступления смерти (ДНС) была и остается актуальной (3, 4 и 5 Всероссийские съезды судебных медиков).

В последние годы в связи с успехами, достигнутыми точными науками (физика, биофизика, биохимия, химия и т. д.) в судебной медицине наметилась тенденция определения ДНС с использованием математического анализа. Из теплофизики известно, что отличные по своему физическому и химическому составу материалы имеют разную теплопроводность [1]. Проанализировав хи-

мический состав «условных» взрослого человека и новорожденного (таблица 1) мы видим существенные различия [2]:

Таблица 1.

Химический состав тела «условных» новорожденного и взрослого
(медико-биологические данные)

Показатели	Новорожденные	Взрослые
вода (° о от массы)	75.1 (58,5-83)	60
белки	11,4 (11.8-17,8)	15-20
жиры	11 (9-18)	19
углеводы	нет данных	0,6
минеральные соли	1,7	5,8
зола	2,7	4,8-5,8
кровь	9	7,9
ДНК	12,4i	нет данных

Однако, до настоящего времени в судебно-медицинской практике указанные величины не учитываются, а в источниках литературы отсутствуют материалы по их использованию с целью определения ДНС. Из указанного следует что установление времени наступления смерти, как судебно-медицинская проблема, продолжает оставаться важной и весьма актуальной как в научном, так и в практическом отношениях.

В каждой судебно-медицинской экспертизе по диагностике ДНС решение может считаться корректным только при условии учета индивидуальных особенностей трупа и особенностей внешней среды. В тех случаях, когда диагностика ДНС проводится по процессу изменения температуры трупа, возможен наиболее полный учет указанных факторов благодаря хорошо известным законам теплопередачи [3].

При проведении экспертизы с целью определения времени наступления смерти новорожденного, важно определить темп охлаждения, рассчитав переменные, отражающие теплофизические свойства конкретного трупа.

На базе экспериментальных данных с использованием оригинальной прикладной программы, компьютера IBM PC/AT и математической программы Maple V rev 5.1, мы попытались устанавливать теплофизические свойства конкретного трупа по изменению ректальной температуры.

На основании значений параметров теплопроводности мы установили, что происходит изменение коэффициента теплообмена (h) в зависимости от размеров и массы охлаждаемого тела.

Нахождение коэффициента теплообмена (h) на основании данных эксперимента сводится к получению параметров функции типа $T - e^a$ по данным эксперимента методом наименьших квадратов, дальнейшее вычисление (h) и определение зависимости безразмерной температуры (T) от времени (t) по формуле:

$$T = (1 + \lambda) e^{-\alpha t} - \lambda e^{\beta t}, \text{ где}$$

α, β, λ - коэффициенты, получаемые экспериментальным путем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вавилов А.Ю. Теплофизические параметры тканей внутренних органов человека в раннем постмортальном периоде для целей определения давности наступления смерти термометрическим способом: Автореф. дисс... канд. мед. наук. -М., 2000. -22 с.

2. Человек. Медико-биологические данные (публикация № 23 Международной комиссии по радиологической защите). Коллектив авторов. Пер. с англ. М., «Медицина», 1977. -496 с.

3. Швед Е.Ф., Новиков П.И. Применение математической модели процесса изменения температуры трупа в диагностике давности смерти при переменных условиях внешней среды // Суд.-мед. эксперт. -1991. -№ 2. -С. 5-7.

Е. М. Кильдюшов

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВРЕМЕНИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННОГО

Кафедра судебной медицины РГМУ

Наиболее оптимальным способом определения ДНС в настоящее время считается математическое моделирование [6, 4, 2, 8, 4, 5], которое в настоящее время, в связи с повсеместным распространением компьютерной техники, может быть реально внедрено в экспертную практику.

Исследования о возможности применения аналитических математических выражений к кривой температуры юла после смерти, в основном, разделяются на два вида: непосредственное применение Ньютоновского закона охлаждения и математическое моделирование тела человека. В первом случае накапливался ряд значений температуры тела, в частности, ректальной температуры, полученных на практике и из эксперимента, и кривая температуры тела моделировалась посредством математических формул, основанных на законе охлаждения Ньютона.

Эти формулы обычно представляют из себя экспоненциальные уравнения в чистом виде или слегка модифицированные. Во втором случае создавалась математическая модель и, в соответствии с теорией теплопередачи, были получены дифференциальные уравнения. Затем решения этих дифференциальных уравнений использовались для исследования влияния параметров или применя-

лись к кривой ректальной температуры путем подбора параметров, устанавливающих соответствие теоретической кривой и кривой, полученной на практике. В соответствии со вторым методом, эти решения обычно предоставляются в виде бесконечных рядов, независимо от типа математической модели.

Анализ данных литературы показывает, что, несмотря на важность этой проблемы, разработка ее находится пока в стадии поисковых исследований.

Несмотря на то, что многие предложенные методики являются информативными [7, 1, 9, 12, 11] их нельзя использовать при определении ДНС у новорожденных, так как ошибочно считать новорожденного ребенка миниатюрой взрослого человека - это может привести к ошибочным выводам.

На первом этапе нами был произведен анализ 240 актов исследования и заключений эксперта по факту обнаружения трупов плодов и новорожденных, при этом в 91 случае (37,99%) в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы имеется вопрос о давности наступления смерти. Отсутствие разработанных критериев для определения ДНС у новорожденных в 51 случае (56,04%) не позволило дать ответа на вопрос о давности наступления смерти.

Из указанного следует, что установление времени наступления смерти, как судебно-медицинская проблема, продолжает оставаться важной и весьма актуальной как в научном, так и в практическом (прикладном) отношениях.

Учитывая актуальность вопроса для судебно-медицинской науки и экспертной практики, а также отсутствие специальных работ по систематическому исследованию трупов новорожденных, мы поставили перед собой цель разработать математическую модель для установления давности наступления смерти у новорожденных по сравнению с аналогичными моделями у взрослых.

Ранее нами была рассмотрена модель в виде эллипсоида [4, 5], позднее с помощью моделирования изменения температуры с начальным моментом ввода сигнала (внешней среды) в динамическое звено в некоторой точке (Т), предполагая, что эта точка соответствует времени наступления смерти, с использованием компьютерных программ мы также рассмотрели модели в виде цилиндра и параллелепипеда. В основе программы для определения ДНС у новорожденных было положено решение уравнения теплопроводности с четко заданными граничными условиями. Сравнительный анализ эффективности использования этих моделей для практических целей показал, что точность в расчетах у эллипсоида и цилиндра отличалась менее чем на 1%, а по трудоемкости вычислений была на порядок выше, модель параллелепипеда применима лишь при определенных ограничениях - когда есть необходимость моделировать тело с резко различающимися между собой передне-задним и боковыми размерами. Исходя из вышеизложенного мы рекомендуем использовать на практике нашу модель в виде цилиндра (с использованием компьютера IBM PC/AT и математической программы Maple V rev 5.1), которая позволяет корректно воспроизводить процесс охлаждения новорожденных при четко заданных параметрах тела, температуры окружающей среды на уровне трупа. Все эти параметры вводит в программу непосредственно сам эксперт. Модель учитывает поверхность заданную

тела, плотность материала, коэффициенты теплопроводности, удельной теплоемкости, теплообмена, температуропроводности и предусматривает введение температуры окружающей среды параметров тела (длина, окружность на уровне груди и живота, коэффициента поверхностного теплообмена) и выдает цифровой результат, отражающий взаимосвязь времени охлаждения и температуры.

Затем, используя записи ректальных температур новорожденных из 7 случаев, мы пытались вычислить время, прошедшее после смерти, пользуясь нашей математической моделью. Исходя из предположения, что ректальная температура перед началом охлаждения была равна 38,5 С. Хотя мы понимаем, что модель требует дальнейшего совершенствования, тем не менее наши расчетные данные в данных случаях были близки к практическим и ошибка составила - в 4-х случаях до 30 минут, в 2-х случаях - 30-60 минут, и в 1-ом - 1 час. 30 минут. В нашей модели мы можем учитывать влияние температуры окружающей среды на кривую ректальной температуры. В нашем случае аналитические выражения, пригодны лишь при условии-ограничении, заключающемся в относительном постоянстве температуры окружающей среды.

Однако, поскольку более точного метода, чем метод ректальной температуры не существует, рекомендуется пользоваться нашей методикой. Наша математическая модель вполне приемлема, поскольку ее можно использовать для любого случая не позднее, чем 1 или 2 дней после наступления смерти, поскольку расчет значения этого промежутка времени после смерти, проводимый на компьютере, занимает всего несколько минут.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботезату Г.А., Тетерчев В.В., Унгурян С.В. Диагностика давности смерти в судебной медицине. -Кишинев: Штиинца, 1987. -136 с.
2. Витер В. И., Куликов В. А. Вопросы методологии в решении проблемы определения давности наступления смерти// Суд.-мед. экспертиза, 1999. -№ 3. -С. 3-6.
3. Кильдюшов Е.М., Буромский И.В. Использование поправочных коэффициентов при установлении давности наступления смерти на месте обнаружения трупа с помощью номограмм С. Henssge// Суд.- мед. экспертиза, 1997. -№ 4. -Т. 40. -С. 4-7.
4. Кильдюшов Е.М. Теоретическое обоснование процесса охлаждения у новорожденных // Матер. V Всеросс. съезда суд. мед. –М.-Астрахань, 2000. -С. 106-107.
5. Кильдюшов Е.М. Определение давности наступления смерти путем математического моделирования процесса охлаждения трупа новорожденного// V Всероссийская конференция по биомеханике. Тез. докл. Н. Новгород, 2000. -С. 16.
6. Крюков В.Н., Новиков П.И., Попов В.Г., Власов А.Ю., Швед Е.Ф. Методологические аспекты установления давности наступления смерти// Суд.-мед. эксперт, 1991. -№ 3. -С. 5-9.

7. Новиков П.И. Судебно-медицинская диагностика давности наступления смерти способом моделирования посмертного процесса изменения температуры трупа: Автореф. дисс... д-ра мед. наук. -Челябинск, 1985. –25 с.

8. Пашина Г.А., Жаров В.В., Резников И.И. и др. Установление давности наступления смерти по константе скорости реакции восстановления спинного зонда. //Суд.-мед. экспертиза, 1996. -№ 4. -С. 3-4.

9. Толстолуцкий В.Ю. Математическое моделирование динамики температуры в посмертальном периоде для определения давности наступления смерти: Автореф. дисс... д-ра мед. наук. -Ижевск, 1995.

10. Henssge C. Die Prazision von Todeszeitschätzungen durch die mathematische Beschreibung der rektalen Leichenabkühlung// Z. Rechtsmediz. -1979. -Vol. 83. -P. 49-67.

11. Henssge C. Todeszeitschätzungen durch mathematische Beschreibung der rektalen Leichenabkühlung unter verschiedenen Abkühlungsbedingungen// Z. Rechtsmed. –1981. -Bd. 87. -№ 3. -S. 147 -178.

12. Sellier K. Determination of the time of death by extrapolation of the temperature decrease curve// Acta Med. Leg. Soc. –1958. -Vol. 11. -P. 279-302.

Лукиных Л.М.

О ГРУППОВОМ ПОРАЖЕНИИ МОЛНИЕЙ

Краснодарское краевое бюро СМЭ

Наиболее часто от удара молнии страдают люди, которые находятся на открытом воздухе вблизи возвышающихся над землей предметов (деревья, столбы и др.). Повреждающее действие молнии – результат влияния на человека электрической, тепловой и механической энергии. На коже трупа находят «отметки» молнии, имеющие вид древовидно разветвленных фигур темно-красного или розоватого цвета. Их появление объясняется резким расширением поверхностных сосудов кожи и небольших кровоизлияний по их ходу (электропроводимость крови значительно выше по сравнению с сопротивлением электропроводности кожи). Во внутренних органах обнаруживаются кровоизлияния и разрывы.

Привожу случай из моей практики группового поражения молнией: 17 сентября 1997 года днем, в дождливую погоду с грозой в лесополосе двое мужчин укрылись под тополем, где были поражены разрядом атмосферного электричества (молнией).

При осмотре места происшествия на стволе и ветвях тополя имелись следы воздействия молнии в виде расщепления коры и древесины по всей высоте дерева, а на траве, в одном метре от ствола найдены трупы двух мужчин в возрасте 62 и 65 лет.

Убийство как первоначальная версия по оперативной разработке после осмотра места происшествия и проведенного судебно-медицинского исследования трупа была отвергнута.

При судебно-медицинском исследовании установлено: на коже живота одного из погибших в подвздошной области слева обнаружены «метки молнии» – группа древовидно разветвленных желтовато-красных ссадин на участке размерами 5х3, без корочек, с дном, расположенным ниже уровня окружающей кожи, размерами 0,2х0,3 см, 0,2х0,4 см, 0,6х0,8 см. У другого по верхнему краю правой ушной раковины определяется линейная рана размерами 0,6х1,0 см с неровными осадненными краями, глубиной 0,2 см; из нее выделяется жидкая темная кровь в небольшом количестве. В правой дельтовидной и надключичной областях на участке размерами 12х3 см – группа мелких ссадин неправильно овальной и многоугольной формы, размерами от 0,3х0,2 см до 0,8х0,6 см. В правой подвздошной области - ссадины на участке размерами 3,5х4,7 см аналогичного характера, формы и размеров. Все ссадины красноватого цвета с гладким дном, расположенным ниже уровня окружающей кожи, края ссадин валикообразные; в мягких тканях в проекции описанных ссадин очагов кровоизлияний не обнаружено. И в том, и в другом случае других повреждений при наружном исследовании не выявлено.

Во внутренних органах - в легких, сердце и печени – в обоих случаях отмечены небольшие кровоизлияния, разрывов тканей и органов не найдено. Патогистологический диагноз: «электрометки» кожи, аутолитические изменения в органах, кровоизлияния и отек легких, отек головного мозга, полнокровие и паренхиматозная дистрофия органов. При судебно-химическом исследовании: алкоголь в крови в одном случае не обнаружен, в другом – 0,7 промилле в крови и 1,2 промилле в моче, что в организме живых соответствует состоянию опьянения легкой степени.

Ю.И. Пиголкин, В.В.Щербаков, О.В.Самоходская, Г.В. Золотенкова,
М.В.Федулова, И.Н.Богомолова

МИКРООСТЕОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗРАСТА И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Российский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ

Идентификация личности (ИЛ) погибших в результате чрезвычайных происшествий с массовыми человеческими жертвами представляет собой особо трудную задачу в связи с большим объемом работ и с выраженным повреждением трупов, что затрудняет их опознание. Специфическая особенность ИЛ при массовом поступлении визуально неопознаваемых тел состоит в том, что необходимое число сопоставлений признаков разыскиваемых и погибших может превышать десяток тысяч комбинаций. Это делает невозможной работу по ИЛ без применения принципов этапности ИЛ и сортировки объектов и использования компьютерных технологий [5].

Исходя из изложенного, важным организационным нововведением при массовой идентификации стала разработка и применение комплексной экспертной системы ИЛ погибших [5]. Дальнейшее развитие этой схемы требует разработки специальных методов ИЛ, рассчитанных на массовое поступление

значительно поврежденных трупов. В этих условиях возрастает роль определения общих признаков, позволяющих отнести погибшего к определенной группе людей. В частности, для определения возраста погибших применяется метод количественного микроскопического исследования костной ткани, в основе которого лежит подсчет количества ее структурных элементов различного типа [4]. Существенным недостатком этого метода является отсутствие четких критериев, позволяющих достоверно различать различные формы остеонов, что приводит к получению недостаточно точных результатов [6]. Для исправления этого недостатка необходима разработка метода определения возраста на основе использования принципиально нового комплекса морфометрических параметров костной ткани, что возможно только благодаря применению компьютерных систем анализа изображений [2, 7].

Нами проведено компьютерное морфометрическое исследование гистологических препаратов костной ткани, взятой у 400 трупов с достоверно известным возрастом от 0 до 90 лет, с целью разработки объективных критериев установления возраста погибших. Использовались фрагменты третьего ребра слева из зоны перехода костной ткани в хрящевую ткань, диафиза большеберцовой кости слева из зоны на границе средней и нижней трети и нижнего эпифиза большеберцовой кости (ББК) слева из зоны перехода костной ткани в хрящевую. Материал фиксировался в 10% нейтральном растворе формалина; выпиливались кусочки, включающие зону перехода костной ткани в хрящевую ткань; проводилась декальцинация 12% раствором азотной кислоты и стандартная спиртовая проводка [3]. Препараты ребер заливались в парафин, большеберцовой кости – в целлоидин. С помощью микротомы RAICHERT изготавливались срезы костной ткани толщиной 5 мкм для ребер и 10 мкм для большеберцовой кости. Окраска производилась гематоксилином и эозином согласно стандартным методикам [3]. При микроскопическом исследовании гистологических препаратов использовалась компьютерная система анализа изображений. Количественные измерения проводились с использованием графического редактора Adobe PhotoShop 4.0 [8] по представленной ниже программе признаков.

- P1** Длина кортикальной кости поперечного среза ребра в поле зрения.
- P2** Площадь кортикальной кости поперечного среза ребра в поле зрения.
- P3** Площадь трабекулярной кости поперечного среза ребра в поле зрения.
- P4** Длина трабекулярной поверхности поперечного среза ребра в поле зрения.
- P5** Площадь кроветворной ткани поперечного среза ребра в поле зрения.
- P6** Площадь жировой ткани поперечного среза ребра в поле зрения.
- P7** Объем остеоида поперечного среза ребра в поле зрения.
- P8** Длина остеоида поперечного среза ребра в поле зрения.
- P9** Диаметр гаверсова канала поперечного среза ребра по измерениям.
- P10** Количество клеток поперечного среза ребра в поле зрения.
- P11** Количество сосудов поперечного среза ребра в поле зрения.
- P12** Количество остеонов поперечного среза ребра в поле зрения.
- P13** Площадь хряща в переходной зоне продольного среза ребра в поле зрения.

- P14** Площадь кости в переходной зоне продольного среза ребра в поле зрения.
- P31** Протяженность зоны остеогенеза в продольном срезе ребра в поле зрения.
- P32** Протяженность в продольном срезе ребра в поле зрения внутренней поверхности хряща.
- P15** Площадь трабекулярной кости ББК в поле зрения.
- P16** Длина трабекулярной поверхности ББК в поле зрения.
- P17** Минимальный диаметр гаверсова канала ББК по измерениям.
- P18** Количество сосудов ББК в поле зрения.
- P19** Площадь субхондральной пластинки ББК в поле зрения.
- P20** Длина субхондральной пластинки ББК в поле зрения.
- P21** Площадь хряща в субхондральной пластинке ББК в поле зрения.

На основе первичных данных были получены расчетные признаки:

1. **P22** Толщина кортикального слоя ребра в поле зрения, (**P2/P1**)
2. **P23** Суммарная длина трабекулярной поверхности ребра (**P4 * 5**)
3. **P24** Суммарная площадь трабекулярной кости ББК (**P15 * 3**)
4. **P25** Суммарная длина трабекулярной пов-ти ББК (**P16 * 3**)
5. **P26** Суммарная площадь субхондральной пластинки ББК (**P19 * 2**)
6. **P27** Суммарная длина субхондральной пластинки ББК (**P20 * 2**)
7. **P28** Суммарная площадь хряща в субхондральной пластинке ББК (**P21 * 2**)
8. **P29** Толщина трабекулярной кости ББК в поле зрения (**P15/P16**)
9. **P30** Толщина субхондральной пластинки ББК в поле зрения (**P19/P20**)

Вычислялись средние и суммы количественных первичных и расчетных данных по полям зрения, на основе которых были получены результирующие признаки, описывающие гистологические особенности костной ткани индивида. Создана база данных микроостеометрической количественной оценки гистологических препаратов ребер и больших берцовых костей. Проведен статистический анализ базы данных микроостеометрической количественной оценки гистологических препаратов ребер и больших берцовых костей, в результате которого выяснилось, что наиболее сильно коррелируют с возрастом следующие признаки: толщина кортикального слоя ребра, объем трабекулярной кости ребра, насыщенность клетками костной ткани ребра, отношение объема хрящевой ткани к объему костной в переходной зоне продольного среза ребра, отношение объема кроветворной ткани к объему жировой ткани на поперечном срезе ребра, минимальный диаметр гаверсова канала ББК, объем трабекулярной кости ББК и толщина трабекулярной кости ББК. На основании этих признаков разработан опытный вариант автоматизированной системы **OSTEO** (программное обеспечение) микроостеометрической идентификации возраста индивида по гистологическим препаратам больших берцовых костей.

Разработанная автоматизированная система **OSTEO** (приложение, программное обеспечение, ПО) микроостеометрического определения возраста индивида тестировалась на 50 экспертных случаях с достоверно известным возрастом. При этом точность определения возраста была следующей:

- с точностью до 1,5 лет – 80 % случаев;

- с точностью от 1,5 до 2 лет – 15 % случаев;
- с точностью от 2 до 3 лет – 5 % случаев (гнилостные изменения костной ткани).

Кроме того, автоматизированная система **OSTEO** использовалась для исследования костных останков 40 погибших военнослужащих. В ходе работы был определен их возраст.

Автоматизированная система **OSTEO** подготовлена для сдачи в промышленную эксплуатацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия: Руководство. -М.: Медицина, 1990. –384 с.
2. Автандилов Г.Г. Компьютерная микротелефотометрия в диагностической гистопатологии. -М.: РМАПО, 1996. –256 с.
3. Микроскопическая техника: Руководство// Под ред. Д.С. Саркисова и Ю.Л. Перова. -М.: Медицина, 1996. -С. 7-50.
4. Мордасов В.Ф. Судебно-медицинское установление возраста человека по микроструктуре бедренной кости: Микроскопическое и микрорентгенографическое исследование: Дисс... канд. мед. наук. -Воронеж, 1988. -286 с.
5. Щербаков В.В.// Материалы XXVIII научно-практической конференции врачей Северо-Кавказского военного округа, посвященная 80-летию СКВО. Тезисы докладов. -Ростов-на-Дону, 1998. -С. 119-121.
6. Lynnerup N., Thomsen J.L., Frohlich B.// Forensic Science International.- 1998. -Vol. 91. -№ 3. -P. 219-230.
7. Revell P.A. (П.А.Ревелл)// Патология кости. -М.: Медицина, 1993. -286 с.
8. Adobe PhotoShope 4.0. Руководство пользователя. Adobe Systems Inc. - 381 p.

Ю.И. Пиголкин, Д.В. Богомолов

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СМЕРТИ ОТ НАРКОМАНИИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Российский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ

Наркомания несомненно является одной из ведущих медико-социальных проблем современности [2, 3]. Доля летальных исходов, связанных с употреблением наркотических средств (НС) неуклонно растет. Зачастую в судебно-медицинской практике возникают ситуации, когда подозрение на отравление НС не подкрепляется результатами судебно-химического исследования и тогда особое значение приобретает обнаружение висцеральных патологических состояний, отражающих факт длительного злоупотребления НС [1]. Вопрос о разработке простых и действенных методов диагностики хронической наркотической интоксикации судебно-медицинским экспертом по данным секционного и гистологического исследования остается актуальным и недостаточно изученными.

Цель исследования. В целях совершенствования судебно-медицинской диагностики отравлений НС целью нашего исследования явилось выяснение морфологических маркеров, которые могли бы служить критериями хронической наркотической интоксикации (ХНИ).

Материалы и методы исследования. Нами проведено аутопсийное и последующее гистологическое исследование 50 наблюдений ХНИ. Погибшими являлись 37 мужчин и 13 женщин в возрасте от 15 до 46 лет (преобладали лица молодого возраста - около 74%). В 25 наблюдениях при судебно-химическом исследовании выявлено наличие в тканях и биологических средах трупов морфина и его производных, а в 10 наблюдениях найден эфедрон. Остальные наблюдения приходятся на случаи смерти от соматических осложнений ХНИ.

Результаты исследования. При секционном исследовании выявлены следующие морфологические признаки хронического отравления НС.

При наружном исследовании нередко отмечалось пониженное питание погибших и наличие множественных инъекционных повреждений, которые чаще располагались в кубитальной области. Гистологически в коже отмечен фиброз дермы и хронический панникулит с признаками обострения, а также острые кровоизлияния в дерму и подкожно-жировую клетчатку.

При внутреннем исследовании трупов, помимо некоторых общеасфиктических признаков, выявлен ряд органных особенностей.

При исследовании головного мозга отмечены признаки отека и набухания его вещества, включая оболочки, а гистологически помимо отека и набухания диапедезные кровоизлияния в субкортикальных отделах и в стволе, ишемические изменения нейронов коры и тяжелые изменения нейронов подкорковых ядер и ствола с явлениями сателлитоза и нейронофагии.

В легких выявлены признаки стромального и интерстициального отека, субсегментарных острых кровоизлияний и очагового гемосидероза. Нередко наблюдался очаговый пневмосклероз и явления ацинарной бронхопневмонии, в одном из наблюдений аспирационной природы. Встречались гранулемы с гигантскими клетками типа инородных тел.

Со стороны сердечно-сосудистой системы встречались черты фибрилляции желудочков сердца в виде фрагментации контрактурно поврежденных кардиомиоцитов, пареза микроциркуляции и очаговых острых кровоизлияний. При окраске по Рего отмечено неравномерное восприятие красителя, что говорит о метаболических повреждениях миокарда ишемического или иного генеза. Пораженность атеросклерозом была низка во всех наблюдениях. В микроциркуляторном звене сосудистого русла отмечались отчетливые признаки диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Со стороны органов пищеварения отмечены признаки острого эрозирования слизистой оболочки желудка. В четырех наблюдениях выявлена картина т. н. фолликулярного глоссита, гистологически отмечены признаки фолликулярной гиперплазии лимфоидного аппарата языка в сочетании с эрозированием ретикулированного эпителия. Печень при макроскопическом исследовании была увеличена (от 1500 до 2400 г), ткань органа плотновата, поверхность гладкая, с

закругленным краем, на разрезе красно-желтого цвета. При визуальном осмотре грубых нарушений гистоархитектоники выявлено не было. Макроскопические данные более всего соответствовали т. н. «большой красной печени» [6]. Гистологически во всех случаях обнаружена картина хронического гепатита. Тип воспалительного процесса трактовался как портальный гепатит, т.к. портальные тракты были инфильтрированы макрофагами и лимфоцитами (в некоторых случаях с формированием воспалительных «лимфом»), местами в инфильтрате присутствовали сегментоядерные лейкоциты и эозинофилы. В части наблюдений отмечено наличие распространения инфильтрации за пределы пограничной пластинки. В двух наблюдениях гепатит носил гранулематозный характер. А в двух других - лобулярный с наличием централобулярных лимфомакрофагальных инфильтратов. Практически во всех наблюдениях отмечались признаки портального, а местами порто-портального и порто-центрального фиброза. Повсеместно выявлялись признаки капилляризации синусоидов. В ретикулоэндотелиальных клетках очагово отмечено скопление гемосидерина. Гепатоциты с признаками очаговой средне-мелкокапельной жировой дистрофии. В отдельных наблюдениях отмечено наличие т. н. «стекловидных гепатоцитов» [4]. Постоянно встречался очаговый липофусциноз гепатоцитов. Маркеры вирусных поражений печени с достоверностью определялись лишь в 4-х наблюдениях [5]. Практически во всех наблюдениях отмечены начальные явления перестройки гистоархитектоники печени с формированием аннулярного цирроза печени.

По мочеполовой системе в части наблюдений выявлены признаки мезангиокапиллярного гломерулонефрита, который может быть связан с иммунным ответом на циркуляцию в крови инородного материала. В тестикулах нередко отмечалось угнетение сперматогенеза с пролиферацией лейдиговых клеток. Это может быть связано как с прямым гонадотоксическим действием НС, так и с интеркуррентными инфекциями, характеризующими т. н. «стиль жизни наркоманов».

Со стороны кроветворных и иммунопоэтических органов отмечено увеличение селезенки (от 150 до 350 г) и портальных лимфатических узлов. Гистологически выявлена значительная фолликулярная гиперплазия с формированием светлых центров, реже встречалась картина делимфатизации. Отмечен гемосидероз литоральных макрофагов селезенки и лимфатических желез.

В щитовидной железе отмечена перестройка гистоархитектоники с формированием макро-микрофолликулярного зоба, строма нередко грубо фиброзирована с множеством втянутых рубцов. Для надпочечников характерна атрофия коры на фоне её узелковой перестройки. Отмечена делипоидизация клеток коры, коррелирующая с темпом смерти и соответствующая фазе истощения генерализованного адаптационного синдрома.

Заключение. В статье описана соматическая патология, встречающаяся прозектору при судебно-медицинском исследовании трупов лиц, длительное время употреблявших наркотики. Диагностическое значение описанных изменений состоит в возможности заподозрить ХНИ тогда, когда данные судебно-

химического исследования не могут дать полезной диагностической информации.

ЛИТЕРАТУРА

2. Пиголкин Ю.И., Богомолов Д.В., Должанский О.В., Оздамирова Ю.М. // Актуальные аспекты судебной медицины. -Ижевск, 1999. - Вып. 5. -С. 171-173.

2. Логинов А.С., Аруин Л.И. Клиническая морфология печени.-М.: Медицина, 1985. -240 с.

3. Серов В.В., Лапиш К. Морфологическая диагностика заболеваний печени.- М.: Медицина, 1989. -336 с.

4. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия: Учебник. -М.: Медицина, 1995. -С. 383.

1. Cotran R., Kumar V., Robbins S. Robbins pathologic basis of disease. – Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo. -1994. –P. 388–390, 564–565, 759, 857–861, 899–904, 1340–1341.

2. Spitz W. and Fishers. Medicolegal investigation of death. -USA.-Illinois.- Charles C Thomas Publ. Springfield. -1993. -P. 733-766.

В.Ф. Пилипас, В.В. Зимнухов, С.И. Бондаренко

СМЕРТЕЛЬНОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ОТРАВЛЕНИЕ КОРИНФАРОМ И ОБЗИДАНОМ

Краснодарское краевое бюро СМЭ и кафедра судебной медицины КГМА

В последние годы наблюдается рост отравлений лекарственными веществами [1, 2]. Судебно-медицинская диагностика этого вида смерти, особенно в случаях комбинированных отравлений, связана с определенными трудностями. Экспертные выводы о причине смерти базируются прежде всего на результатах судебно-химического анализа трупного материала [3]. Нам встретился случай комбинированного отравления коринфаром и обзиданом, способы его диагностики, на наш взгляд, представляют практический интерес.

Гр. К. с суицидальной целью принял, со слов родственников, 100 таблеток коринфара и 40 таблеток обзидана. Умер в больнице через час после поступления. При судебно-медицинском исследовании трупа характерных изменений, помимо признаков быстро наступившей смерти, не было выявлено.

Судебно-химическому исследованию были подвергнуты печень, головной мозг, тонкий кишечник и желудок. Для изолирования коринфара была применена следующая методика: навески трупного материала подкисляли серной кислотой и экстрагировали хлороформом. Хлороформные экстракты выпаривали и остаток обрабатывали водой, нагретой до кипения. Горячий водный раствор сразу же фильтровали через увлажненный бумажный фильтр в воронке для горячего фильтрования. По охлаждении коринфар из водного раствора экстрагировали хлороформом. Обзидан из трупного материала изолировали подкисленной водой с последующей экстракцией хлороформом при pH 9.

Для доказательства коринфара выделенного из трупного материала использовали тонкослойную хроматографию на пластинках «сорбфил» в систе-

мах хлороформ-метанол (9:1), хлороформ, насыщенный аммиаком, хлороформ-ацетон-ледяная уксусная кислота (10:2:1). Хроматограммы проявляли насыщенным спиртовым раствором едкого калия. В зонах локализации коринфара наблюдали пятна желтого цвета. Затем пластинки опрыскивали смесью концентрированной серной кислоты и спирта (1:9) – в УФ свете отмечали яркую зеленовато-желтую флуоресценцию. В качестве детектирующего реактива использовали также 0,5% раствор дифениламина в ацетоне с последующим экспонированием пластинки в УФ лучах. При этом наблюдали пятна серовато-зеленого цвета. Rf коринфара в выше указанных системах был равен соответственно 0,75, 0,58 и 0,88. В качестве подтверждающего метода доказательства коринфара использовали УФ спектрофотометрию после хроматографической очистки. В спектре поглощения коринфара, выделенного из трупного материала, в 0,1 н растворе серной кислоты отмечались два максимума при 228 и 280 нм. В спектре поглощения раствора коринфара, хранившегося в течение нескольких дней при комнатной температуре наблюдался максимум при 281 нм. По описанной методике коринфар был доказан во всех перечисленных выше объектах.

Для доказательства обзидана, выделенного из трупного материала, были использованы описанные в литературе методы ТСХ и УФ-спектрофотометрия. Была использована также газовая хроматография. ГЖХ проводилась на газовом хроматографе «ЦВЕТ-500» с термоионным детектором на капиллярной кварцевой колонке 50 м X 0,32 мм с неподвижной фазой SE-30; при температуре колонки 230°. Время удерживания обзидана – 405 с. Количественное определение обзидана проводилось ГЖХ методом, используя в качестве внутреннего стандарта кокаин. Количество обзидана, определенного после изолирования подкисленной водой, в печени – 5,3 мг%, желудке - 9,8 мг%, кишечнике – 30 мг%.

Для исследования трупного материала на коринфар и обзидан была апробирована предложенная в нашем отделении методика изолирования нелетучих токсических органических веществ [4]. Навески высушивали безводным сульфатом натрия и извлекали три раза нейтральным этанолом. Спиртовые извлечения подкисляли соляной кислотой до pH 3 и выпаривали при температуре 40°. Остатки обрабатывали 0,1 н раствором соляной кислоты и, не фильтруя, экстрагировали эфиром. Затем проводили экстракцию хлороформом после подщелачивания аммиаком до pH 9. Эфирный экстракт использовали для доказательства коринфара, хлороформный экстракт – для определения обзидана. Коринфар был доказан всеми перечисленными выше способами. Количество обзидана выделенного данной методикой составило: в печени 7,7 мг%, желудке 24,7 мг%, кишечнике 71 мг%.

Описанный случай показывает, что разработанная в отделении методика изолирования нелетучих токсических веществ может быть использована для определения коринфара и обзидана в биологических объектов. По этой методике выход обзидана значительно выше, чем при изолировании подкисленной водой.

ЛИТЕРАТУРА

3. Литвинов Н.Н., Остапенко Ю.Н., Казачков В.И. // Проблемы идентификации в теории и практике судебной медицины: Всероссийский съезд судебных медиков, 4-й. –Владимир, 1966. –С. 108–110.

4. Саломатин Е.М., Николаева Э.Н. // Суд.-мед. эксперт. –1999. -№ 3. –С. 21–22.

5. Зарафьянц Г.Н. // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации: Всероссийский съезд судебных медиков, 5-й. –Астрахань, 2000. –С. 340–341.

6. Зимнухов В.В., Удалов А.В. // Материалы XIV Пленума Всероссийского общества судебных медиков (17–18 июня 1999 г.) –Москва 1999. –С. 108.

В.А. Породенко, В.Е. Будник

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Кафедра судебной медицины КГМА, кафедра уголовного процесса
и организации расследования преступлений КЮИ МВД РФ

Определение степени тяжести закрытой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) остается одной из наиболее сложных задач судебно-медицинской экспертизы [2]. По нашему мнению [5], это обусловлено сложностью диагностики тех повреждений, которые в остром периоде нередко характеризуются стертостью или разнообразием клинической картины.

В.В. Томилин и соавт. [7] придают большое значение разработке критериев клиничко-лабораторного установления пограничных форм ЧМТ – сотрясению и ушибу головного мозга легкой степени. Мы считаем [4], что это играет важную роль как для клиники при определении тактики и объема, необходимых лечебно-диагностических мероприятий, так и для судебно-медицинской экспертизы с целью установления степени причиненного вреда здоровью.

Результаты анализа материалов судебно-медицинской экспертизы [6] в случаях несмертельной ЧМТ показывают, что врачами города, и особенно края, в ряде случаев допускаются серьезные ошибки в диагностике степени тяжести ЧМТ. В большинстве случаев это происходит в результате отсутствия до настоящего времени единых методических положений или объективных критериев, которые позволяли бы с достоверностью диагностировать сотрясение головного мозга (СГМ) и дифференцировать его с ушибом головного мозга (УГМ) легкой степени [1]. Поэтому диагностика СГМ и УГМ легкой степени у клиницистов вызывает более значительные трудности, чем УГМ средней и тяжелой степени [3].

Для выявления критериев дифференциальной диагностики легкой ЧМТ мы подвергли ретроспективному анализу данные 227 первичных и повторных судебно-медицинских экспертиз по материалам Краснодарского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы в период с 1992 по 1997 годы. В качестве единицы наблюдения взят каждый случай проведения повторной экспертизы при легкой ЧМТ. При этом анализе мы опирались на клиничко-лабораторные

данные, полученные после проведения повторных экспертиз, как наиболее точно отражающие реальные критерии травмы. Нами было отмечено явное превалирование количества случаев с диагнозом СГМ над УГМ легкой степени. В большинстве наблюдений (153) был выставлен диагноз СГМ, что составило 67,4% всех проводимых экспертиз. УГМ легкой степени был выявлен при проведении 61 экспертизы (26,9%). Так же были обнаружены 13 заключений (5,7%), в которых легкая ЧМТ не подтвердилась.

В ходе проводимого исследования все клинические проявления были разделены нами на две группы, включающие общемозговую и очаговую неврологическую симптоматику. Прежде всего, в общемозговых симптомах выявлялись нарушения координации. Стато-локомоторная атаксия проявлялась в нарушении стояния и нарушении ходьбы. Проба Ромберга выявила статическую атаксию при СГМ в 79% случаев, а при УГМ легкой степени этот показатель был в 1,2 раза больше – 97%. Относительный показатель нарушения ходьбы при УГМ (21%) превалировал в 2,3 раза над таковым при СГМ (9%). Динамическая атаксия выявлялась при неуверенности выполнения координационных проб. Она была установлена в два раза чаще при УГМ (40%), чем при СГМ (20%).

Не меньший интерес представляет структура выявленных очаговых неврологических симптомов при легкой ЧМТ. Анализируя экспертные заключения, чаще всего мы обнаруживали повышение сухожильных рефлексов, которые при СГМ отмечались в 46% случаев, а при УГМ легкой степени – в 75%. На втором месте по частоте встречаемости выявлялся установочный нистагм: СГМ – 41%, УГМ – 71%. Третье ранговое место занимал симптом недостаточности конвергенции: при одинаковых абсолютных показателях (по 30 пострадавших), относительный показатель при УГМ легкой степени (49%) оказался в 2,5 раза больше чем при СГМ (20%). Асимметрия сухожильных рефлексов была зарегистрирована в 22 случаях (14%) при СГМ и в 19 (31%) при УГМ легкой степени. Лица с девиацией языка при УГМ легкой степени (12%) встречались в 1,3 раза чаще чем при СГМ (9%). Седьмое ранговое место занимал симптом анизокория: 11 случаев (7%) при СГМ и 8 (13%) при УГМ легкой степени.

Несмотря на свою малочисленность, относительные показатели встречаемости некоторых очаговых симптомов имели существенную разницу при легкой ЧМТ. Среди них был выявлен рефлекс орального автоматизма – 5 лиц (3%) при СГМ и 4 (6%) при УГМ легкой степени. Одинаковые абсолютные показатели (по три пострадавших) с патологическим стопным разгибательным рефлексом Бабинского составляют различную частоту наблюдений – 2% при СГМ и 5% при УГМ легкой степени. Еще большая разница в показателях выявлялась для пареза черепно-мозговых нервов – 2 случая (1%) при СГМ и 4 случая (7%) при УГМ легкой степени. Максимальная разница в относительных показателях наблюдалась при выявлении ладонно-подбородочного рефлекса Маринеску-Радовичи. Он был обнаружен в 2 случаях (1%) при СГМ и в 13 (21%) при УГМ легкой степени. Таким образом, наши наблюдения позволяют сделать вывод о преобладании частоты встречаемости очаговой симптоматики среди группы больных с УГМ легкой степени над потерпевшими с СГМ.

Примечателен тот факт, что длительность существования общемозговой симптоматики имеет некоторые отличия при различных степенях тяжести легкой ЧМТ.

Проведенный нами анализ позволяет отметить, что общемозговая и очаговая симптоматика при УГМ легкой степени характеризуется большей длительностью, чем при СГМ.

С сожалением приходится констатировать тот факт, что полнота данных клинико-лабораторного обследования, отраженных в медицинских картах стационарных больных, оставляет желать лучшего.

Для оценки характера нарушений функций головного мозга у пострадавших применялись различные дополнительные методы исследования. К одним из них относился осмотр окулистом глазного дна. В некоторых заключениях данные об этом обследовании отсутствовали. Причем при СГМ они не проводились в 51 наблюдении (33%), а при УГМ в меньшем количестве случаев 14 (23%). Материалы других заключений подтверждают, что при более тяжелой форме ЧМТ увеличивается доля патологических процессов, выявляемых на глазном дне.

К методам, уточняющим характер и локализацию поражения черепа и головного мозга, относятся следующие: рентгенография черепа; реоэнцефалография; электроэнцефалография и эхоэнцефалография. Первые два метода исследования почти в трети наших наблюдений не проводились. Электроэнцефалографическое обследование пострадавшим с легкой ЧМТ не применялось в 126 наблюдениях (82%) при СГМ и в 40 случаях (65%) при УГМ легкой степени. Данные о эхоэнцефалографическом обследовании отсутствовали в 110 наблюдениях (72%) при СГМ и в 34 (56%) при УГМ легкой степени. Анализ остальных экспертиз позволяет отметить, что относительные показатели частоты встречаемости патологических изменений при УГМ легкой степени значительно выше, чем аналогичные при СГМ.

Исходя из выше приведенных данных, можно сделать вывод, что существующие критерии диагностики легкой ЧМТ не позволяют провести четкое разграничение между СГМ и УГМ легкой степени. Дополнительные методы исследования недостаточно часто применяются при обследовании пострадавших с легкой ЧМТ. Таким образом, назрела необходимость в разработке новых критериев судебно-медицинской диагностики легких форм ЧМТ, которые позволили бы избежать ошибок при проведении судебно-медицинской экспертизы с целью установления степени причиненного вреда здоровью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Будник В.Е., Породенко В.А. Клинико-экспертные параллели в оценке легкой черепно-мозговой травмы: Труды адъюнктов и соискателей. – Краснодар, 1999. – Ч. 2. – С. 5–10.
2. Колпащиков Е.Г. К вопросу о судебно-медицинской оценке степени тяжести легкой черепно-мозговой травмы у детей // Мат. 2-го Всеросс. съезда судебных медиков. – Иркутск, 1987. – С. 167–168.
3. Пашинян Г.А., Ромодановский П.О., Беляева Е.В. Установление механизма черепно-мозговой травмы по характеру морфологических субстратов ушибов мозга // Суд. -мед. экспертиза, 1996. – № 3. – С. 5.

4. Породенко В.А., Будник В.Е. О проблемах клинико-экспертной оценки сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени // Материалы 14-го пленума Всеросс. об-ва судеб. медиков. – М., 1999. –С. 89–90.

5. Породенко В.А., Будник В.Е. Судебно-медицинская экспертная оценка легкой черепно-мозговой травмы// Труды КЮИ МВД России. –Краснодар, 1999. –Вып. 4. –С. 97– 101.

6. Породенко В.А., Перова Т.П., Рыжова А.В. О клиническом и экспертном обосновании черепно-мозговой травмы// Актуальные вопросы экспертизы механических повреждений: Республ. сб. науч. трудов. / Второй Моск. гос. мед. ин-т им. Н. И. Пирогова; Под ред. В. Н. Крюкова. -М., 1990. -С. 43-48.

7. Томилин В.В., Капустин А.В. О наиболее актуальных научных проблемах современной судебной медицины// Проблемы идентификации в теории и практике судебной медицины: Материалы. 4 Всеросс. съезда суд. мед. -Ч. 1. -М. - Владимир, 1996. -С. 5-6.

В.А. Породенко, А.А. Панкратова
**О ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ
АЛКОГОЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ**
Кафедра судебной медицины КГМА

Алкоголизм относится к числу заболеваний, имеющих высокую социальную значимость. Последствия хронической алкоголизации в качестве причин смерти уступают лишь сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям и травмам. При этом если наибольший рост смертности от сердечно-сосудистой и онкологической патологии приходится на старшие возрастные группы, то этанол нередко приводит к скоропостижной смерти молодых лиц [2, 3, 4]. Проведенным комплексным анализом насильственной и ненасильственной смерти в Краснодарском крае [15] установлено, что уровень смертности населения прямо пропорционально коррелирует с показателями алкоголизации. Отравления этиловым алкоголем занимают ведущее место в структуре смертельных интоксикаций, составляя от 58% до 72,6% и более [9, 15].

Высокий уровень самоубийств и убийств в значительной мере обусловлен злоупотреблением спиртными напитками, так как многие преступления совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Все это определяет сохраняющуюся актуальность изучения данной проблемы для судебно-медицинской экспертизы, особенно в плане поиска надежных диагностических критериев острого отравления этанолом и их дифференциальной диагностики с другими причинами смерти на фоне хронической алкогольиндуцированной патологии [1, 13].

Среди многочисленных заболеваний внутренних органов, вызванных этанолом, на первый план выступает патология печени [3, 5, 8, 10, 12]. Одним из основных механизмов её алкогольного повреждения, помимо прямого токсического действия этанола и ацетальдегида, продукции свободных радикалов, расстройства питания и иммунологических нарушений, является нарушение печеночного кровообращения [16, 17, 18]. Оно проявляется развитием портальной

гипертензии, расширением и увеличением коллатералей и перераспределением крови по порто-кавальным и порто-портальным анастомозам, что приводит к нарушению метаболических и детоксикационных функций печени [6].

Согласно современным представлениям, выделяют 5 фаз алкогольного поражения органа [8], развивающихся последовательно или одновременно на фоне приема токсических доз этанола: 1) адаптивная алкогольная гепатомегалия; 2) жировая дистрофия печени с фиброзом или без него; 3) перивенулярный и перипортальный фиброз; 4) хронический алкогольный гепатит; 5) цирроз печени.

За последние три года нами произведена экспертиза 34 трупов лиц, умерших в результате острого отравления этанолом. В 82% это были мужчины в возрасте 40-50 лет. В 88% случаев концентрация этанола в крови соответствовала смертельной (5 промилле и более); в 12% случаев – тяжелому отравлению алкоголем (3-5 промилле). Целью изучения были патоморфологические признаки поражения печени, выявленные при вскрытии трупа и судебно-гистологическом исследовании. В большинстве случаев (65%) макроскопически мы наблюдали увеличение размеров печени, преимущественно за счет её правой доли, наличие закругленного нижнего края, неравномерность окраски с преобладанием коричневатого-желтого цвета. С помощью патогистологического исследования установлено, что мелкокапельная форма ожирения гепатоцитов (в клетке множество мелких жировых включений, ядро может быть в центре или оттеснено к периферии) встречалась в 32%. Крупнокапельное ожирение (гепатоцит содержит одну большую жировую каплю, ядро оттеснено к плазмолемме) отмечено в 64%, в 3% случаев оно сопровождалось дискомплексацией балок. Установлено, что накопление жировых включений в дольках печени выявлялось преимущественно в центральных и промежуточных отделах, т. е. в 3-ей и 2-ой зонах ацинуса, тогда как при выраженном стеатозе оно носило диффузный характер.

Значительно реже (в 6% случаев) встречались признаки хронического алкогольного гепатита в виде умеренного увеличения размеров печени, более плотной её консистенции с бледно-красной окраской, а также обнаружение патогистологически очаговой инфильтрации стромы клетками лимфоидно-гистиоцитарного ряда и наличием склеротических изменений.

В совокупности с патологическими изменениями других органов - алкогольной кардиомиопатией, склерозом мягкой мозговой оболочки, поверхностным гастритом, жировой дистрофией или склеротическими изменениями в поджелудочной железе, - вышеперечисленные признаки позволили прийти к заключению, что отравление этанолом протекало на фоне длительного систематического приема алкоголя. Как установлено в результате проведенных исследований [9], при наличии такого неблагоприятного фонового состояния, в результате снижения детоксикационной функции печени, смерть может наступать при более низких концентрациях этанола, соответствующих показателям сильной или средней степени интоксикации.

Проведенные на кафедре в течение ряда лет исследования [7, 9, 10, 11, 14] показывают, что концентрация этанола в крови и выявляемые при экспертизе патоморфологические признаки не являются бесспорными доказательствами смертельных отравлений этанолом. Комплексное исследование с использованием гистохимических исследований алкогольоксилирующих ферментных систем, сравнительно-анатомическое изучение особенностей строения и патоморфологии печени, её регионального кровотока для выявления признаков развития сосудистых коллатералей позволяет уточнить механизмы танатогенеза смертельной алкогольной интоксикации и совершенствовать судебно-медицинскую диагностику этого вида смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Капустин А.В. Актуальные вопросы судебно-медицинской диагностики алкогольных интоксикаций // Тез. докл. 1-ого съезда судебных медиков Укр. ССР. –Киев, 1987. –С. 18-19.
2. Кондрашенко В.Т., Скугаревский А.Ф. Алкоголизм. –Минск: Беларусь, 1983. –288 с.
3. Лебедев С.П. Клиническая морфология алкогольной болезни (висцеральные проявления): Автореф. дисс... д-ра мед. наук. –М., 1985. –25 с.
4. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты): Руководство для врачей. –М.: Медицина, 1990. –528 с.
5. Логинов А.С., Блок Ю.Е., Джалалов К.Д. Алкоголь и печень. –М.: Медицина, 1987. –96 с.
6. Моргунов Г.А., Стрельцова Г.П., Прохоров М.Ю. Региональные и общие нарушения кровообращения при портальной гипертензии. –Новосибирск: Наука, 1987. -186 с.
7. Перова Т.П. Диагностические показатели алкогольоксилирующих ферментов и катехоламинов при смертельных отравлениях алкоголем. Дисс... канд. мед. наук. Краснодар, 1986. –197 с.
8. Подымова С.Д. Болезни печени: Руководство для врачей. (Изд. 2-е пер. и доп. – М: Медицина, 1993. –554 с.).
9. Породенко В.А. Состояние алкогольоксилирующих ферментных систем при смертельных отравлениях алкоголем (критерии судебно-медицинской диагностики). Дисс... д-ра мед. наук. –Краснодар, 1996. –323 с.
10. Породенко В.А. О значении оценки морфофункционального состояния печени в диагностике смертельных алкогольных интоксикаций// Суд.-мед. экспертиза, 1997. -№ 4. –С. 22-24.
11. Репетун Н.И. Роль гистохимических методов исследования в изучении генеза смерти при алкогольных интоксикациях // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики: Тез. докл. –Ростов/Дон, 1985. –С. 38-40.
12. Серов В.В., Лапиш К. Морфологическая диагностика заболеваний печени. –М.: Медицина, 1989. –336 с.
13. Томилин В.В., Капустин А.В. О наиболее актуальных научных проблемах современной судебной медицины //Проблемы идентификации в теории и

практике судебной медицины: Материалы 4-ого Всеросс. съезда судебных медиков. –Ч. 1. –М. -Владимир, 1996. –С. 5-6.

14. Травенко Е.Н. Состояние моноаминоксидаз крови и печени при смертельных алкогольных интоксикациях (разработка критериев судебно-медицинской биохимической диагностики). Дисс... канд. мед. наук. Краснодар, 1996. –140 с.

15. Чернобай В.В. Комплексное судебно-медицинское и медико-социальное исследование насильственной и ненасильственной смерти. Дисс...канд. мед. наук. Краснодар, 1998. –167 с.

16. Ito O., Takagi T., Ishii H., Tsuchiya M. Free radical production by hepatic microsomal fraction and the possible role of MEOS in the pathogenesis of alcoholic liver injury. "Medical, Biochem. And Chem. Aspects Free Radical: proc. 4th Bienn. Geh. Meet. Kanazawa University school of medicine, Japan. -Jun. 1996 (3). -P.79-88.

17. Nilins R., Bohme grig, Schip A., Wache H., Kroner M., Rath F.-W. Aldehydmethabolismus und Lipidperoxidation in der Pathogenese alkoholischer Lebererkrankungen. DDR – Med. Rept., 1989. -V. 18. -№ 10-11. -P. 589-603.

18. Sawa Y., Okanoue T., Kanaoka H. Pathogenesis of portal hypertension in alcoholic liver disease. "Alcohol and Alcoholism", 1988. V. 23. -№ 3. –P. 89.

В.А. Породенко, В.В. Чернобай

МЕДИЦИНСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНО ДЕЗАДАПТИРОВАННЫМ НАСЕЛЕНИЕМ

Кафедра судебной медицины КГМА, кафедра уголовного процесса
и организации расследования преступлений КЮИ МВД РФ

На протяжении последних лет нами проведены исследования социально дезадаптированного населения на Кубани, так называемых лиц без определенного места жительства и занятий (БОМЖиЗ), которые являются нередким объектом судебно-медицинской экспертизы в практике работы танатологических отделов краевого бюро СМЭ. Анализ показал, что ни одно из заинтересованных ведомств не имеет достоверных данных об их численности. Существующие варианты учета направлены на регистрацию их по обращаемости или выявляемости, что позволяет иметь лишь косвенное представление об истинных масштабах этого явления. Сложившаяся система отношений между ведомствами и социально дезадаптированной категорией граждан не позволяет держать под контролем социальные, криминогенные, медицинские и другие аспекты этого стихийного процесса [1-5].

В настоящей работе нами поставлена задача изучить состояние данной проблемы на сегодняшний день.

Установлено, что количество неопознанных трупов и лиц БОМЖиЗ, учтенных судебными медиками края, не имеет заметной динамики в сторону увеличения, но их доля среди всех вскрытий остается весомой: 1997 г. – 424 (4,5%) случая; 1998 – 401 (3,6%), 1999 – 453 (3,8%). С учетом большего сосредоточения этой категории лиц в краевом центре (в 1996 г. – 42,3% этой категории тру-

пов исследовали эксперты г. Краснодара, а в 1999 г. – 40,2%), мы посчитали важным детально изучить данную проблему как с точки зрения работы судебно-медицинских экспертов, так и медико-социальные ее аспекты в сравнении с выполненными нами ранее исследованиями.

В 1999 г. судебно-медицинскому исследованию подверглись 182 (11,3%) трупа из числа неопознанных и БОМЖиЗ. Среди них 162 (79,0%) составляли мужчины. 39,0% (71) умерли от заболеваний, 111 (61,0%) - от внешних причин. Больше всего погибло от тупой травмы – 33 (29,7%) случая, 17 (15,3%) – от холодовой травмы; от дорожно-транспортных происшествий пострадали 15 (13,5%) человек, от асфиксий – 14 (12,6%); отравились – 11 (9,9%), от острого оружия умерли 4 (3,6%). От огнестрельных травм и действия электричества погибших не зарегистрировано. В структуре ненасильственной смерти на первом месте стояла сердечно-сосудистая патология (78,9%).

Распределение по возрастным пятилетним интервалам показало, что почти половина (44,5%) приходилась на три пятилетних периода (40-44, 50-54 и 55-59 лет), а каждый пятый погубший (22,0%) – находился в пенсионном возрасте.

Нами выяснено, что работниками социальной защиты края всех уровней ведется активная работа по формированию законодательной базы социальной реабилитации лиц БОМЖиЗ. Основным документом, в разработке которого принимали участие и сотрудники департамента социальной защиты населения мэрии города Краснодара, является Федеральный Закон «О социальной реабилитации лиц без определенного места жительства и занятий, профилактике бродяжничества и попрошайничества в РФ», проект которого в данное время находится на изучении в Государственной Думе. В ст. 115 упомянутого Закона предполагается, что вступит он в силу с 1 января 2001 года. Впервые на уровне Законодательного акта четко сформулированы определения: лицам БОМЖиЗ, бродяжничеству, попрошайничеству; установлены права и обязанности граждан этой категории (ст. 7), полномочия государственных структур всех уровней, в т. ч. органов социальной защиты; в более чем обобщенной форме сказано о компетенции органов внутренних дел, департамента по здравоохранению.

Кроме того, на сегодняшний день действует Федеральная программа «Старшее поколение» (в т. ч. касающаяся и бродяг преклонного возраста), по которой «Центр социальной адаптации «Забота» (г. Краснодар) получил 100000 рублей на целевое приобретение аппаратуры в физиопроцедурный кабинет. В Департаменте социальной защиты населения мэрии г. Краснодара находится на доработке и утверждении Устав «Центра социальной адаптации «Забота».

В 1999 г. впервые проведено социологическое исследование 100 обратившихся за помощью бродяг с целью определения уровня предоставленных социальных услуг данной категории граждан и выработки предложений по повышению качества обслуживания, а также создания социально-демографического портрета «бомжа». Наиболее существенными, на наш взгляд, для понимания рассматриваемой проблемы являются следующие показатели: в возрасте от 30 до 50 лет бродяжничает почти половина контингента (49%); более 70% - ведут такой образ жизни по причине потери жилья и отсутствия средств существова-

ния; от 1 до 3 лет «бомжуют» 43%, от 3 до 5 – 17%, более 5 – 21%, остальные – менее года. Источники существования – «иногда подрабатывают» (54%), «просят подаяния» (31%); получают пенсию (3%), «воруют» - «нет» (?!), «другие источники» (11%). По ряду вопросов анкетирования не смогли ответить на вопросы 33% респондентов; более 20%, на взгляд исследователей-психологов, имеют свою утвердившуюся психологию «обреченного бродяги» и не рассчитывают на смену своего образа жизни.

Приведем еще один пример из разряда масштабных официальных недоработок государства. Из 14 бывших республик и автономных образований в период с 1995 по 1998 гг. обратились к краевым властям за получением статуса вынужденных переселенцев 50285 граждан, а получили его лишь – 32345: в 1995 г. – 75% (14372 человека); в 1996 г. – 50,1% (9368); в 1997 г. – 65% (4689); в 1998 г. – 75% (3916). Это означает, что за четыре года официально «за бортом» юридической, социальной, медицинской и других важнейших человеческих сфер существования осталось почти 18000 человек (практически все они остались проживать на территории Кубани).

Характерная тенденция обращаемости за помощью в учреждения социальной защиты края косвенно и напрямую отражает накопление в Краснодарском крае лиц БОМЖиЗ. В 1996 г. значительный рост обусловлен военными действиями в Чечне, а в 1998 и 1999 гг. – прибытием русскоязычного населения из стран ближнего зарубежья (прежде всего из Казахстана, Узбекистана, Грузии), а также второй чеченской «волной». Сумма затрат в 1998 и 1999 гг. всеми учреждениями Департамента социальной защиты края (Краснодар, Кропоткин, Курганинск, Туапсе) составила 1366,5 и 1130,1 тыс. руб. ежегодно. Интересным, на наш взгляд, будет выглядеть соотношение всех затрат за два года на помощь лицам БОМЖиЗ (почти 2,5 миллиона рублей) и расходов муниципальных бюджетов городов и районов Кубани на погребение бродяг за тот же временной интервал (около 770000 рублей) – 3,2:1.

Немаловажная проблема как в морально-этическом, так и в финансовом отношениях, - захоронение неопознанных трупов и лиц БОМЖиЗ. С учетом стоимости одного захоронения (около 1000 рублей), только Краснодарскому городскому муниципальному бюджету эта упрощенная до крайности процедура обошлась в 1999 г. в 182000 рублей (не считая «отказных» трупов).

Перед обществом встала проблема отказа родственников забирать трупы из судебно-медицинских моргов, которые поэтому также захораниваются за государственный счет. И это, по нашему мнению, экономически обусловленное и вынужденное бездушие наших сограждан приводит к немалым дополнительным затратам государственных средств, что в количественном исчислении по краю выглядит следующим образом: в 1997 г. – 657 случаев отказов; в 1998 – 539; в 1999 – 588. Кроме того, за трехлетний период в целом, следует прибавить к 1784 «невостребованным» еще 1278 – неустановленных и лиц БОМЖиЗ. В итоге городским и районным бюджетам края за три года на погребение указанных категорий трупов (3062) пришлось затратить более 3 миллионов рублей.

В работе Центра социальной адаптации «Забота» (г. Краснодар) принципиальных изменений, по сравнению с ранее полученным нами сведениями [3], не произошло. Средняя заполняемость койки составила 76% в 1998 г. и 84% в 1999 г., причем зимой - 100, а летом – 50-60%. Количество обратившихся за этот период увеличилось с 799 до 888 в год, а только за первый квартал 2000 г. – уже – 517 человек. Рублевый эквивалент затрат на 1 обратившегося по-прежнему крайне низок: 40 в 1998 г. и 54 в 1999 г. Стоимость обеда (приобретается «сухим пайком» в специализированном магазине) в «ночлежке» составляет 16 руб. 55 коп., а находящимся «на стационаре» трехразовое питание обходится в 33 руб. Среди немногих положительных изменений в работе «Заботы» можно отметить возможное пребывание в ней до полугода (ранее – до одного месяца).

Среди прочих социальных «содействий», оказанных своим подопечным (получение работы, пенсии и т. д.), самой болезненной в прямом и переносном смысле для сотрудников центра, самих нуждающихся в медицинской помощи, а так же сотрудников лечебно-профилактических учреждений города (края), является госпитализация и лечение лиц БОМЖиЗ в стационары.

Остается неразрешенной проблема с предварительным медицинским обследованием (флюорография; кровь на сифилис; осмотр дерматовенеролога): в результате бездомные зачастую с обнаруженным туберкулезом легких или венерическим заболеванием не попадает ни в «Заботу», ни в стационары города, а нередко просто отказываются от помощи соцзащиты из-за нежелания или организационных трудностей (время работы медиков, ожидание результатов и др.) медицинского освидетельствования.

В целом, несмотря на разрабатываемые законодательные акты для изучаемой категории населения, на сегодняшний день лица БОМЖиЗ «де факто» не вписывается в экономику сферы медицинских услуг – они не имеют страховых медицинских полисов и оплата лечения таких больных не предусмотрена никакой статьей финансирования здравоохранения. А именно эти граждане, с учетом их образа жизни, более других нуждаются в восстановлении здоровья: заболевания у них протекают дольше, в более тяжелой форме, чаще имеются сопутствующие и конкурирующие болезни, отсутствует возможность приобретения медикаментов для лечения, а также получения второго (амбулаторного) и третьего (реабилитационного) этапов лечения. Следствием этого является более высокая заболеваемость и летарность среди лиц БОМЖиЗ.

Подтверждением нашего мнения о проблемах здоровья бездомных может послужить анализ их обращаемости за медицинской помощи в один из трех стационаров краевого центра, работающих в режиме «скорой помощи» - центр скорой медицинской помощи (СМП) г. Краснодара за 1999 год. Число обращений за неотложной медицинской помощью увеличилось, в сравнении с 1996 г. (105 случаев) в 3,2 раза – 335 обращений. Среди них женщин оказалось лишь 40 (12,6%), кроме этого 18 беременных обратилось за родовспоможением.

Повозрастная структура с десятилетними интервалами выглядит крайне неравномерно, где почти треть больных приходилась на 40–49 лет: от 10 до 19 лет – 10 случаев; от 20 до 29 – 36; от 30 до 39 – 54; от 40 до 49 – 108;

от 50 до 59 – 64; от 60 до 69 – 50; от 70 до 79 – 10; от 80 до 89 – 3. С целью продолжения лечения переведены другие стационары 16 человек. Неизвестными для сотрудников больницы остались 22 гражданина, остальные назвали свои фамилию, имя, отчество, возраст или предъявили какие-либо личные документы. В 122 случаях (более трети от всех обратившихся!), получив первичную медицинскую помощь, лица БОМЖиЗ отказывались от стационарного этапа и недолеченными продолжали свой путь в «никуда».

Каждый пятый-шестой занимал самые дорогостоящие реанимационные койки (60 больных). Кроме того, более половины других находились в весьма «затратных» хирургических (в т. ч. родильном) отделениях. За год из числа лиц БОМЖиЗ в центре СМП умер 41 (12,2%) человек. Практически всем (335 больным этой категории) назначали только медикаменты, имевшиеся в больнице, в связи с отсутствием возможности приобретать необходимые для лечения лекарства за свой счет. Структура заболеваемости от внешних причин и туберкулеза обрабатываемости такова: 60 случаев – токсическое действие алкоголя; 38 – последствия механических травм; 21 – действие крайних температур (в т. ч. 18 – от низких температур); 20 – туберкулез легких (четверо умерли, а 16 – отказались (!?) от лечения); 2 – отравление неизвестными ядами. Среди прочих заболеваний преобладали пневмонии, в основном средней и тяжелой степени, реже регистрировались желудочно-кишечные и сердечно-сосудистые заболевания. В трех случаях, когда был поставлен диагноз белково-энергетической недостаточности (голодный отек) и все трое – мужчины в возрасте 61 и 80 лет, а также женщина 59 лет – отказались от лечения!

Жизнь бродяги и попрошайки уже по своему существу подразумевает склонность к правонарушениям, а больные и немощные бездомные только усугубляют эту тенденцию, превращая ее в отдельное направление деятельности правоохранительных органов по розыску преступников и предотвращению правонарушений. За три года (1997-1999 гг.) количество задержанных бродяг в крае уменьшилось на 12,9% (2227), в краевом центре – на 36,1% (719). Немного увеличилась среди них доля женщин - от 4 до 6%. За указанный промежуток времени, в сравнении с предшествующим трехлетием, на порядок увеличилось количество лиц, совершивших преступления и задержанных в Краснодаре, и от 2 до 6 раз – объявленных в розыск. Исключение составил 1999 г., когда число разыскиваемых и преступников в столице Кубани заметно уменьшилось. В целом порядок работы (задержание, регистрация, освобождение, содержание и т. д.) приемников-распределителей и основные руководящие документы по их функционированию не изменялись.

Следует отметить, что зарегистрированная в ГУВД края положительная динамика (особенно по 1999 г.) совпала с зафиксированным в том же году скачком насильственной и общей смертности на Кубани в целом и в краевом центре, в частности.

Таким образом, на основании проведенного анализа проблем работы с социально дезадаптированным населением в динамике с 1996 по 1999 гг. по де-

партаментам здравоохранения (в т. ч. бюро СМЭ) и социальной защиты, а также правоохранительным органам, можно сделать ряд выводов:

- 1) количество лиц без определенного места жительства и занятий продолжает возрастать как в Краснодарском крае, так и в краевом центре;
- 2) данные правоохранительных органов противоречат показателям регистрации количества лиц БОМЖиЗ Департаментов здравоохранения и социальной защиты;
- 3) чем меньше государство вкладывает средств на регулирование (сдерживание) проблем бродяжничества, тем больше приходится «раскошелиться» на последствия этих проблем, но уже с учетом невозможности потерь (человеческих жизней, сломанных судеб, морально-этических и правовых проблем и т. д.);
- 4) все более очевидной становится причинно-следственная связь между проблемами социально дезадаптированного населения и снижением уровня жизни большей части населения в целом, прежде всего процесса расслоения общества на богатых и нищих;
- 5) деятельность работников сферы социальной защиты на всех уровнях по формированию юридической базы разрешения проблем бродяжничества, не только запаздывает по времени за все более затягивающимся гордиевым узлом проблем обреченных, но и автоматически не обеспечит финансовую поддержку реализации правовых норм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Породенко В.А., Чернобай В.В. О причинах насильственной и ненасильственной смерти социально дезадаптированных жителей г. Краснодара// Тр. Краснодар. юрид. ин-та МВД РФ, г. Краснодар 1997. -Ч. 1. -Вып. 2. -С. 138-142.
2. Чернобай В.В. Судебно-медицинские аспекты работы с социально дезадаптированным населением// Матер. XIII-го пленума Всеросс. общества судеб. медиков (21-22 мая 1998 г.). -Москва, 1998. -С. 15.
3. Породенко В.А., Чернобай В.В. О медико-правовых проблемах работы с социально-дезадаптированным населением// Вестник «МЭГУ-Краснодар. Сер. юридическая. -Краснодар, 1998. -№ 3 (3). -С. 88-89.
4. Чернобай В.В. Комплексное судебно-медицинское и медико-социальное исследование насильственной и ненасильственной смерти. Дисс...канд. мед. наук. Краснодар, 1998. –167 с.
5. Породенко В.А., Чернобай В.В. Современные тенденции в динамике насильственной и ненасильственной смерти и проблемы их учета. -Суд.-мед. эксперт., 1999. -№ 5. -С. 20-23.

Т.В. Породенко

О ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ МОРФОМЕТРИИ ВОЛОС

Краснодарское краевое бюро СМЭ

Нами предприняты поисковые исследования по апробации разработанной на кафедре судебной медицины Кубанской государственной медицинской академии компьютерной программы количественной морфометрии «MORFOLOG» [1, 2] в целях решения задач по судебно-медицинской биологической экспертизе волос при установлении их сходства. Это имеет важное значение при расследовании самых разнообразных и наиболее социально значимых преступлений - убийств, изнасилований, дорожно-транспортных происшествий, производственных травм и др. До настоящего времени такие экспертизы проводятся путем морфологического микроскопического изучения волос, с оценкой их окраски, длины, толщины, соотношения коркового и мозгового слоев и др., что является весьма трудоемким процессом, а выводы в большинстве случаев носят предположительный характер.

Использование компьютерного морфометрического анализа дает возможность ускорить процесс исследования и объективизировать экспертные выводы, в том числе, при необходимости, - рассчитывать процент вероятности происхождения волос от подозреваемого (убитого).

В качестве объекта исследования на первом этапе нами была избрана ресница. Оценку данных проводили методом компьютерной количественной морфометрии структуры волоса (ресницы), исходя из соотношения его коркового и мозгового слоев. Ввод микроскопических изображений волос в компьютер осуществляли с помощью платы фрейм-граббера "Октет 512", установленной на ПЭВМ IBM 286-12/16 PX-116 G, и телеустановки ПТУ-61, сопряженной с МБИ-15. Контроль за вводом телевизионного сигнала производился по экрану отдельного телемонитора. Ввод телесигналов производили поставленными изготовителем платы интерфейса (г. Москва) программными пакетами записи и анализа графических изображений "IML" и "NASA".

Для выполнения количественной морфометрии и первичной статистической обработки полученных данных применяли компьютерную программу «MORFOLOG», позволяющую определять площадь (объем) и оптическую плотность объектов по 16 и 256 градациям цвета. Программа является многофункциональной и может быть использована для сканирования макро- и микроскопических изображений с целью определения любых параметров - площадных и объемных значений ткани, красителя, межтканевых и межклеточных пространств, степени кровенаполненности сосудистого русла и решения других задач. Сканирование выведенных на экран монитора изображений волос осуществляли по 16 цветовым градациям ОП - с 0 по 15.

Проведенный нами анализ серии микропрепаратов показал, что для ресницы ресниц оптическая плотность находилась в пределах семи цветовых градаций - с 0 по 6, для коркового слоя - в диапазоне 7-14 градаций цвета, которые для удобства были объединены в две группы каждая.

Компьютерная математическая обработка данных морфометрии велась с десятичным логарифмированием. Обозначенные в разделе таблицы 3.2.1 "Формула" параметры "a" и "b" соответствуют №/№ объектов морфометрии, по которым нами определялось задание для компьютерного анализа; например, вы-

числение отношения коры к волосу в табл. 3.2.1 $a/b = 9/1$ (последняя строка - № 17) и др.

С помощью данной формулы-задания (табл. 3.2.1) произведено сканирование выведенных на экран монитора семи изображений ресницы, полученных на различных ее участках (рис. 1-7, увеличение $200\times$). Результаты компьютерной количественной морфометрии представлены в таблице 3.2.2, где значения морфометрии по №№ соответствуют содержащимся в отчете рисункам.

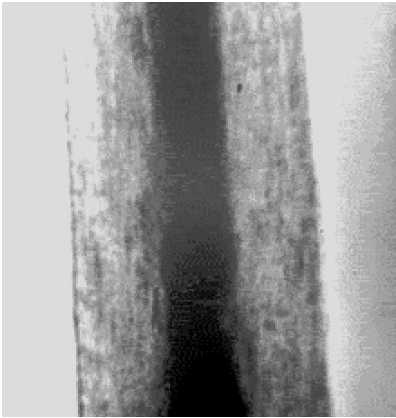


Рис. 1.

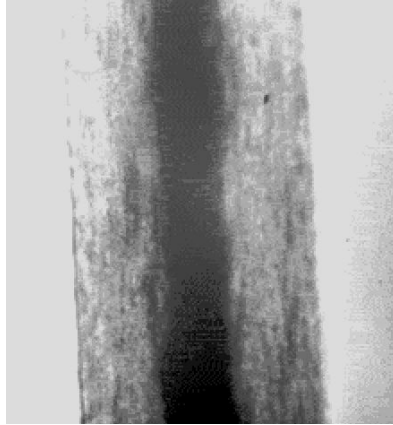


Рис. 2.

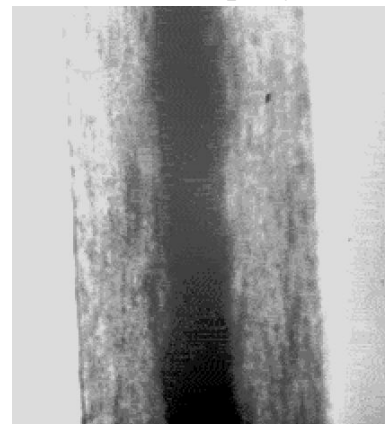


Рис. 3.

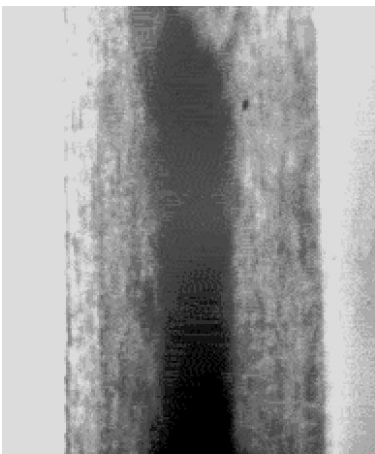


Рис. 4.

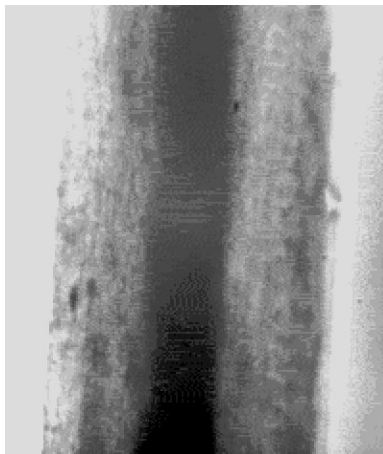


Рис. 5.

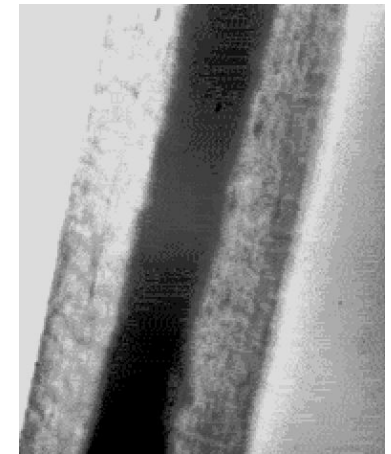


Рис. 6.

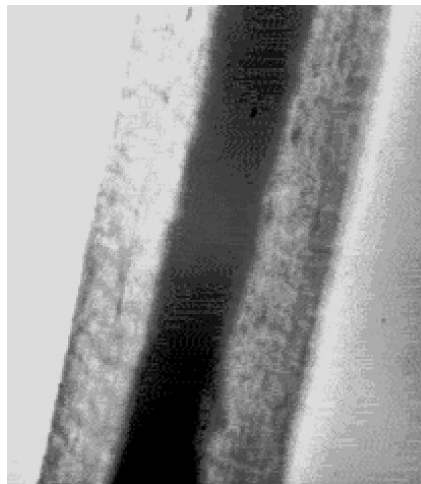


Рис. 7.

Таблица 3.2.1.

Формула-задание и параметры для проведения
компьютерной количественной морфометрии

№ п/п	Объект морфометрии	Градация 1	Градация 2	Формула
1.	волос	0	14	
2.	сердцевина 0-2	0	2	
3.	сердцевина 3-4	3	4	
4.	сердцевина 5-6	5	6	
5.	сердцевина 0-6	0	6	
6.	кора 7-9	7	9	
7.	кора 10-12	10	12	
8.	кора 13-14	13	14	
9.	кора 7-14	7	14	
10.	объем сердцевин 0-2	2	5	$-(a/\lg(2.5/16))/b$
11.	объем сердцевин 3-4	3	5	$-(a/\lg(4.5/16))/b$
12.	объем сердцевин 5-6	4	5	$-(a/\lg(6.5/16))/b$
13.	объем коры 7-9	6	9	$-(a/\lg(9/16))/b$
14.	объем коры 10-12	7	9	$-(a/\lg(12/16))/b$
15.	объем коры 13-14	8	9	$-(a/\lg(14.5/16))/b$
16.	сердцевина к волосу	5	1	a/b
17.	кора к волосу	9	1	a/b

Таблица 3.2.2.

Данные компьютерной количественной морфометрии
Файл D:\Morfolog\db\RESNIZA : ресница

№ п/п	1	2	3	4	5	6	7	Среднее
1.	0.895	0.896	0.896	0.955	0.974	0.783	0.880	0.897
2.	0.098	0.078	0.078	0.100	0.084	0.152	0.202	0.113
3.	0.129	0.101	0.101	0.123	0.124	0.165	0.137	0.126
4.	0.121	0.148	0.148	0.136	0.175	0.056	0.075	0.123
5.	0.347	0.328	0.328	0.359	0.383	0.372	0.414	0.362
6.	0.232	0.228	0.228	0.295	0.336	0.139	0.199	0.237
7.	0.256	0.259	0.259	0.239	0.203	0.180	0.153	0.221
8.	0.060	0.081	0.081	0.062	0.052	0.091	0.115	0.077
9.	0.548	0.568	0.568	0.596	0.591	0.411	0.466	0.535
10.	0.350	0.295	0.295	0.346	0.272	0.507	0.605	0.381
11.	0.675	0.559	0.559	0.622	0.588	0.805	0.601	0.630

12.	0.891	1.153	1.153	0.968	1.168	0.385	0.463	0.883
13.	1.694	1.606	1.60	1.981	2.275	1.353	1.709	1.747
14.	3.739	3.650	3.650	3.210	2.749	3.505	2.628	3.304
15.	2.561	3.336	3.336	2.433	2.058	5.179	5.772	3.525
16.	0.388	0.366	0.366	0.376	0.393	0.475	0.470	0.405
17.	0.612	0.634	0.634	0.624	0.607	0.525	0.530	0.595

Изучение параметров формулы-задания под №№ 16-17, показывающее отношение сердцевины (16) и коры (17) к общему объему волоса, позволяет прийти к выводу, что на протяжении ресницы соотношение слоев меняется даже в среднем ее отделе, не говоря о концевой и луковичной ее частях. Так, объем сердцевины находился в диапазоне 36,6-47,5%, коры - от 52,5 до 63,4%. Средние же значения этих показателей составляли соответственно 40,5% и 59,5%.

Таким образом, в проведенных нами экспериментальных исследованиях установлено, что применение метода компьютерной количественной морфометрии весьма целесообразно для повышения степени достоверности и доказательственности результатов при проведении судебно-медицинских биологических экспертиз сходства волос.

ЛИТЕРАТУРА

1. Породенко В.А., Резников А.Ю., Бондаренко С.И., Перова Т.П., Иванов Л.И., Купянский А.В. Метод количественной оценки гистохимических реакций с использованием ЭВМ. Новые технические решения в диагностике и лечении патологии органов эндокринной системы: Новое в медицине: Тез. Кубанской межрегиональной отраслевой науч. -практ. конф. мед. работников. -Краснодар, 1992. -С.177-179.

2. Породенко В.А. Состояние алкогольоксилирующих ферментных систем при смертельных отравлениях алкоголем (критерии судебно-медицинской диагностики). Дисс... д-ра мед. наук. -Краснодар, 1996. -323 с.

О.В. Стриханова, Л.Г. Дряева, Т.Г. Чворум

О ЧАСТОТЕ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЫ В г. КРАСНОДАРЕ И ЕЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ

Кафедра судебной медицины КГМА

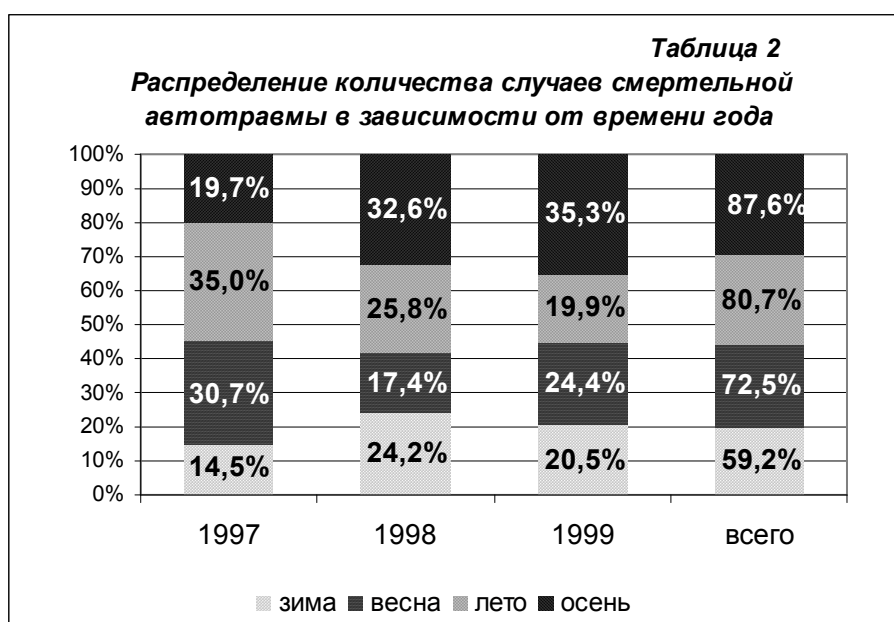
Среди различных видов механических повреждений особое положение занимает автотравма в силу ее распространенности и тяжести последствий, проявляющихся прежде всего большим количеством смертельных исходов. По числу жертв она занимает одно из ведущих мест в общем числе транспортных травм. Широкое развитие многих видов транспорта привело к увеличению числа дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в том числе и автомобильной травмы, что также может быть связано с ростом числа автомобилей в стране.

Общее число судебно-медицинских исследований по г. Краснодару в 1997 г. составило 1705, в 1998 г. — 1720, в 1999 г. — 1907. Анализ и обобщение ар-

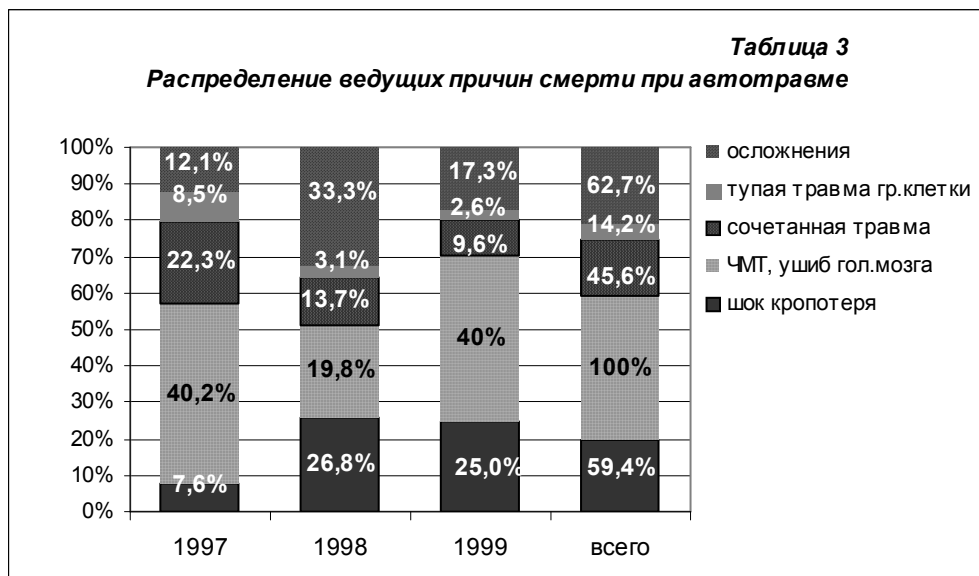
живного материала с 1997 по 1999 гг. показал, что всего по городу за изученный период зарегистрировано 3202 случая насильственной смерти.

Нами изучены 462 случая смертельной автотравмы, что составило в 1997 г. 6,7% (116), в 1998 г. — 11,05% (190), в 1999 г. — 8,2% (156). Число погибших мужчин в 1997 г. — 81,2% (95), в 1998 г. — 70,5% (134) в 1999 г. — 66,7% (104). Доля находившихся на момент смерти в состоянии алкогольного опьянения представлена в табл. 1.

Умерли на месте ДТП 53,3% (247) пострадавших, из лечебных учреждений доставлено 46,7% (216). Отчетливо прослеживается сезонная зависимость автотравмы. Наибольший процент падает на осенний 87,7% (140) период, что может быть связано со временем прибытия из отпусков, повышенной невнимательностью на дорогах как автолюбителей, так и пешеходов (табл. 2).



Как видно из табл. 3, непосредственные причины смерти расположились в следующем соотношении: шок и кровопотеря в 1997 г. — 7,6% (9), в 1998 г. — 26,8% (51), в 1999 г. — 25% (39); черепно-мозговая травма с ушибом головного мозга и переломами черепа в 1997 г. — 40,2% (58), в 1998 г. — 19,8% (49) в 1999



г. – 40% (70), тупая травма грудной клетки составила в 1997 г. – 8,5% (10), в 1998 г. – 3,1% (10); в 1999 г. – 2,6% (4); на сочетанную травму головы, верхних и нижних конечностей приходилось в 1997 г. 22,3% (12), в 1998 г. – 13,7% (26), в 1999 г. – 9,6% (15); разрыв или ушиб спинного мозга в шейном отделе в 1998 г. – 2,6% (5). Далее идут разрыв сердца, печени, селезенки в 1997 г. – 0,9% (1), в 1998 г. – 1,1% (2). Тампонада сердца в 1997 г. и 1998 г. встретилась в одном случае, что составило 0,9% и 0,5% соответственно; застойная пневмония в 1997 г. – 9,4% (11), в 1999 г. – 5,8% (37), в 1999 г – 6,4% (10), септицемия в 1998 г. составила 1,6% (3).

Таким образом, систематизируя результаты исследования можно отметить, что при автомобильной травме смертельные исходы у мужчин наблюдаются в 2,5 раза чаще, чем у женщин: 70,3% (333) и 29,7% (130) соответственно. 29,4% погибших находились в состоянии алкогольного опьянения. Среди причин смерти на первом месте стоит черепно-мозговая травма - 59,4% (178).

Что касается сезонного распределения случаев автотравмы, то при сравнении за период с 1997 по 1999 гг. максимальное количество падает на осенний период 87,6% (140).

ЛИТЕРАТУРА

1. А.А. Солохин, В.Н. Волобоев. Смертельная автомобильная травма по данным Орловского бюро судебно-медицинской экспертизы// Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. – Астрахань, 2000. – С .192-193.
2. А.П. Загрядская. Судебно-медицинское определение механизма транспортной травмы. -Горький, 1976. –С. 18-20.
3. А.А. Матышев. Судебная медицина// Учебник для медицинских вузов. – С.-Пб, 1997. –С. 68-69.

Л.В. Тетцоева, Н.Г. Олейник
ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДЕЖДЫ,

ПРИЧИНЯЕМЫХ НЕКОТОРЫМИ ВИДАМИ КОЛЮЩИХ ПРЕДМЕТОВ

Кафедра судебной медицины РГМУ

Основная цель научных изысканий в области судебно-медицинской травматологии - выявление морфологических признаков, позволяющих идентифицировать орудие травмы. При проведении различных научных исследований наряду с правильной оценкой и интерпретацией полученных результатов необходимо использование условий экспериментов, наиболее приближенных к реальным событиям.

Любая судебно-медицинская экспертиза трупа включает в себя исследование одежды, которая, согласно основам криминалистики в случаях установления орудия травмы по повреждениям, является идентифицирующим, относительно неизменяемым объектом. Различные предметы одежды изготавливаются из тканых и нетканых материалов.

Нами проводились исследования повреждений цилиндрическими колющими предметами с крестообразным жалом. Объектами исследований были повреждения некоторых видов тканей: натуральные (хлопчатобумажные, шерстяные), искусственные (вискоза, ацетат), синтетические (лавсан), смешанные (стретч), а также выделанная кожа. Ткани имели различное переплетение: плотняное, саржевое, комбинированное, трикотажное. В экспериментах повреждения наносили под углами 90° , 60° , 45° , 30° , при помощи специального устройства, позволяющего производить погружения предмета под определенным углом и различной скоростью.

Оказалось, что характер и особенности каждой раны в значительной степени зависят от анатомической области и глубины расположения подлежащей костной ткани. Чем более податлива повреждаемая область, тем шире контактная зона и тем больше изменений в ней возникает. Оценивали такие признаки, как наличие зон разрежения и уплотнения плетения текстильных тканей, степень разволокнения и раздавливания нитей, образование "дефекта" ткани (отсутствие существа ткани на определенном участке). Выраженность этих признаков зависела в большей мере от деформативных свойств повреждаемой части тела (глубины расположения подлежащей костной ткани), чем от вида материала одежды.

Чем поверхностней расположена подлежащая кость, тем в большей степени уплощаются и раздавливаются нити материала одежды и наоборот

Необходимо отметить, что такой признак как дефект ткани на текстильных изделиях, и на выделанной коже возникал только в зонах поверхностно подлежащей кости, как при погружении орудия под прямым углом, так и при нанесении удара по касательной. Эта закономерность имела место в работе со всеми исследуемыми орудиями травмы, то есть с различными диаметрами поперечного сечения.

Таким образом, характер повреждений одежды от действия колющих предметов с крестообразным жалом в значительной мере зависят от анатомических особенностей повреждаемой части тела.

Г.Р. Тулендинов, О.В. Стриханова
**ОПЫТ СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ ПО КОДИРОВАНИЮ
ПРИЧИН СМЕРТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МКБ-10**
Кафедра судебной медицины КГМА

В целях реализации задач государственной программы перехода органов и учреждений здравоохранения России на Международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X-го пересмотра и возможности статистической сопоставимости отечественной и зарубежной информации, 25.05.97 г. издан приказ МЗ РФ № 170 [2]. В соответствии с ним, предусмотрен план основных мероприятий по переходу на МКБ-10 учреждений здравоохранения РФ и разработана программа обучающего центра Минздрава России по внедрению МКБ-10.

Первые попытки адаптации терминов и принципов кодирования МКБ-10 при заполнении врачебных свидетельств были предприняты сотрудниками нашей кафедры уже в январе 1999 г., после принятия решения об обязательном её введении в практику всех региональных подразделений судебно-медицинской службы. При этом использовались бланки врачебных свидетельств о смерти старого образца (форма № 106/у-84). За период до 01.09.99 г. было выдано 216 подобных свидетельств, из которых нами были детально проанализированы последние 158. Выявлено большое количество ошибок, многие из которых имели однотипный характер и допускались с определенной закономерностью. Наиболее частыми являлись: несоответствие записи о причине смерти указываемому коду (38%); проставление нескольких кодов классов XIX и (или) XX (14%); коды классов не проставлены (18%); не проставлен или проставлен неверно 4-й знак кодов (56%); проставлен знак кода, не предусмотренный МКБ-10 (12%). Упущения, преимущественно, были вызваны отсутствием многотомного руководства, а также подробных методических рекомендаций по применению МКБ-10, что заставляло многих экспертов заполнять свидетельства о смерти «по старинке» или приводило к произвольной трактовке и кодированию многих заболеваний и внешних причин.

Только с сентября 1999 г., после получения бланков нового образца и составленного методическим отделом краевого бюро СМЭ перечня наиболее часто встречающихся причин смерти при травмах и болезнях с соответствующими кодами, а также проведения занятий с экспертами заполнение врачебных свидетельств стало приобретать унифицированный характер, а количество допускаемых при этом ошибок резко снизилось. К этому времени появились первые справочные пособия и материалы по данной тематике [3, 4], а в печати — отдельные публикации [5].

При повторно проведенном сотрудниками кафедры анализе дефектов заполнения 366 свидетельств о смерти, выданных в период с сентября 1999 по сентябрь 2000 года, а также с учетом данных краевого комитета статистики, отмечена положительная динамика по всем ранее выявленным недостаткам (табл. 1).



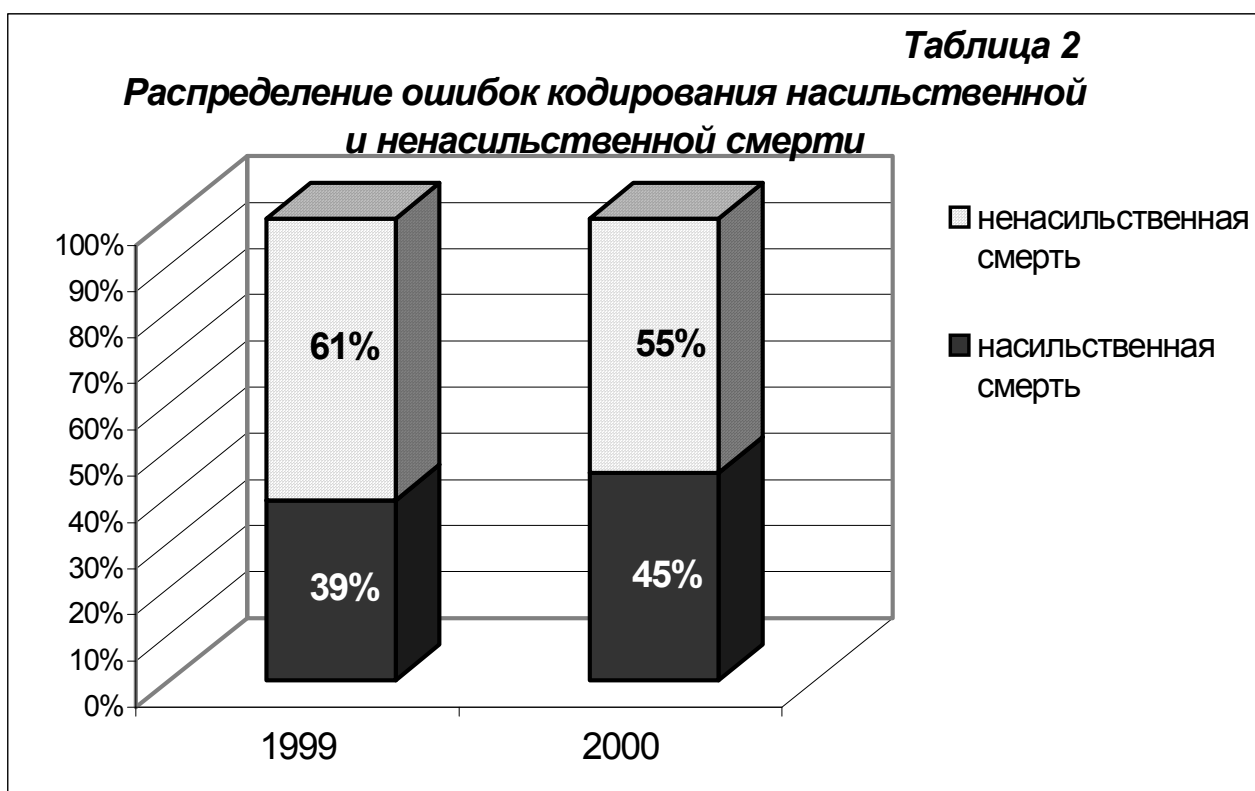
Так, случаи проставления нескольких кодов классов XIX и (или) XX наблюдались лишь в 0,5%; количество несоответствий записи о причине смерти указываемому коду снизилось на 16%; не проставление кодов классов отмечено в 9,7%; ошибки кодирования 4-го знака кодов и проставления знаков кода, не предусмотренного МКБ-10, уменьшилось до 6,7% и 1,3% соответственно.

Так же, как и при первичном анализе, большее число ошибок было допущено при кодировании ненасильственной смерти (табл. 2): 61% в 1999 г. против 55% в 2000 г.; наибольшие трудности имели место в случаях смерти от туберкулеза, новообразований, сахарного диабета, ревматизма, инфарктов и инсультов, пневмоний и др. При смерти от неестественных причин наиболее чаще встречались ошибки кодирования черепно-мозговой травмы, соответственно.

На момент анализа, большее число ошибок было допущено при кодировании ненасильственной смерти (табл. 2): 61% в 1999 г. против 55% в 2000 г.; наибольшие трудности имели место в случаях смерти от туберкулеза, новообразований, сахарного диабета, ревматизма, инфарктов и инсультов, пневмоний и др. При смерти от неестественных причин наиболее чаще встречались ошиб-

ки кодирования черепно-мозговой травмы, дорожно-транспортных происшествий, сочетанных и комбинированных повреждений, различных видов шока.

На момент анализа установлено, что принципиально новый подход к кодированию по-прежнему продолжает вызывать неоднозначное толкование основной и внешней причины при некоторых видах смерти. Так, в первоначально изданном информационном письме РЦ СМЭ [3] 4-ым знаком кода места дорожно-транспортного происшествия предлагалось считать улицу – знак кода (.4). В то время, как блок V01-V99 транспортных несчастных случаев специально разделен на 12 групп, в каждой из которых 4-й знак кода должен определяться индивидуально (например: (.0) – недорожный несчастный случай, (.1) - дорожный несчастный случай, (.9) - неуточненный и т. п. [1]. Подобные случаи использо-



вания не предусмотренного интервала кодов были достаточно многочисленны, что вызвало справедливые нарекания со стороны крайкомстата.

Нельзя не отметить тот факт, что не произошло ожидаемого судебно-медицинскими экспертами исключения из свидетельства о смерти графы рода насильственной смерти (несчастный случай, убийство, самоубийство), тогда как установление рода смерти выходит за рамки компетенции судебно-медицинского эксперта и является прерогативой правовых органов. И в настоящее время, как и ранее, эксперты вынуждены заполнять противоречащую законодательству графу свидетельства о смерти.

Считаем полезным использовать полученный судебными медиками опыт по заполнению медицинских свидетельств о смерти врачами других смежных специальностей, особенно учитывая малочисленность изданных справочных и методических пособий по данному вопросу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра. –М.: Медицина, 1997.
2. Приказ МЗ РФ № 170 от 27.05.97 г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра».
3. Информационное письмо РЦ СМЭ МЗ РФ «О порядке и правилах кодирования причин смерти по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем». –М., 1999. – 40 с.
4. Хохлов В.В. Судебно-медицинская экспертиза// Практическое пособие. –Смоленск, 1999. –117 с.
5. Шилоносов О.Б., Кимбар В.И. К вопросу о координировании причин смерти и правильности заполнения врачебных свидетельств о смерти// Матер. V Всеросс. съезда судеб. медиков. –Астрахань, 2000. –С. 14-15.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

С.А. Ануприенко, С.И. Бондаренко, Л.И. Ломакина
**ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
ПО ЛИЧНОМУ ОБРАЩЕНИЮ ГРАЖДАН**
Кафедра судебной медицины КГМА

С введением института платных медицинских услуг населению судебно-медицинская служба столкнулась со многими трудностями, частным случаем которых является освидетельствование граждан по их личному обращению для оценки тяжести вреда здоровью.

Целью нашей работы явился анализ правовых, этических и судебно-медицинских аспектов, возникающих при таких обращениях граждан.

Правовой статус судебно-медицинского эксперта регламентирован ст. 82 УПК РСФСР. В случаях личного обращения граждан, при отсутствии постановления о назначении судмедэкспертизы, врач специалист в области судебной медицины производит судебно-медицинское освидетельствование, составляя акт, в заключении которого определяет тяжесть причиненного вреда здоровью. Довольно часто обращению граждан предшествует госпитализация в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) по поводу причинения им повреждений. После выздоровления следов насилия на теле обследуемого может и не быть. При этом необходимым условием для объективного заключения является изучение медицинской документации. Вот здесь и возникает главный вопрос: «Каким образом врач, производящий освидетельствование, получает необходимую медицинскую документацию? И имеет ли он вообще право ссылаться на такую?»

Согласно «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993) – «Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны». (Ст. 31 Основ...). То есть медицинское учреждение обязано выдать копии медицинских документов непосредственно гражданину по его запросу, с которыми он и должен явиться к судебномедицинскому эксперту.

Имеет ли право эксперт предложить гражданину представить копии медицинских документов? Являются ли копии, не заверенные руководителем ЛПУ, или полученные непосредственно от гражданина, основанием для квалификации вреда здоровью? Такие вопросы пока не имеют ответа в соответствующих нормативах.

В своей практике мы встречаемся со следующими проблемами. Во-первых, граждане не знают своих прав как пациентов ЛПУ и неадекватно воспринимают предложение эксперта о представлении копий медицинских документов, причем в медицинских учреждениях получение копий для пациента тоже не простое дело, так как нет четкой регламентации такой процедуры, а зачастую медицинские работники и не знают об обязанности ЛПУ выдать копии по личному запросу пациента.

Во-вторых, судебномедицинский эксперт, обращаясь в ЛПУ с просьбой представить возможность ознакомления с определенными медицинскими документами, не может уверенно сослаться ни на один нормативный акт, который определял бы права и обязанности сторон в этом случае. В п. 8 приложения 2 к приказу Минздрава РФ от 10.12.96 г. № 407 отмечено, что «руководители и врачи ЛПУ обязаны оказывать судебномедицинскому эксперту, производящему судебномедицинскую экспертизу, содействие в проведении консультаций, клинического и инструментального обследований. Полученные при этом данные эксперт отражает в «Заключении» и вправе использовать их при формулировании выводов». Что же касается взаимоотношения сторон в случаях производства судебномедицинского освидетельствования, в приложении к приказу нет ни слова. Следует отметить, что в п. 18 ст. 82 Научно-практического комментария к УПК РСФСР [1] отмечено: «противоречит закону практика самостоятельного собирания экспертом по своей инициативе или указанию органа, назначившего экспертизу, дополнительных материалов – истребование документов медицинских учреждений...». Но судебный медик, производящий судебномедицинское освидетельствование по сути дела экспертом не является, т. к. постановление о назначении судебномедицинской экспертизы не вынесено и, следовательно, противоречия как бы и нет. Поэтому в сложившейся ситуации эксперт вынужден действовать только на основании личных контактов или по запросу, составленному в произвольной форме на имя руководителя лечебного учреждения.

Так, например, на судебно-медицинское освидетельствование пришел подросток 14 лет. Обследование проводилось в присутствии его матери. Со слов обследуемого, выяснено, что накануне обращения в их квартиру ворвались двое мужчин, один из которых толкнул подростка; он упал, при этом сильно ударившись головой о дверь. Через несколько часов у пострадавшего появилась сильная головная боль, тошнота, а затем и рвота. При объективном обследовании отмечалось небольшая припухлость мягких тканей левой скуловой области и области ветви нижней челюсти, болезненная на ощупь; в левой скуловой области - ссадина. Других повреждений при обследовании не обнаружено. При освидетельствовании через 2 суток, учитывая жалобы на тошноту, рвоту, сильную головную боль, пострадавший был направлен на консультацию к невропатологу в поликлинику по месту жительства для исключения или подтверждения диагноза сотрясения головного мозга. Было рекомендовано явиться для окончательной оценки тяжести вреда здоровью после медицинского обследования. Спустя 10 дней явилась мать потерпевшего и заявила, что к невропатологу они не обратились, а обратились в отделение травматологии и ортопедии Краснодарского городского центра скорой медицинской помощи, где пострадавший был госпитализирован и трое суток находился на стационарном лечении. В связи с этим возникла необходимость в изучении медицинской документации. Врач-эксперт выехал в архив КГЦ СМП, предъявил служебное удостоверение, однако в выдаче медицинской карты ему было отказано и рекомендовано просить разрешение у главного врача лечебного учреждения. В это время его на месте не оказалось, а его секретарь посоветовала составить запрос на имя главного врача о предоставлении мед. карты. Лишь после предоставления запроса «врач-эксперт» получил доступ к медицинской карте стационарного больного, причем без права выноса за пределы архива.

Следующая проблема касается статуса судебно-медицинского эксперта как субъекта правоотношений, обязанного хранить врачебную тайну.

Вопрос об ответственности за разглашение врачебной тайны сегодня является настолько актуальным, что исполнительный директор федерального фонда обязательного медицинского страхования 25.03.98 г. издает приказ № 30 «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну», в котором обязывает исполнительных директоров территориальных фондов ОМС утверждать соответствующими приказами персонально сотрудников и врачей-экспертов, имеющих право на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну с выдачей специального вкладыша к служебным удостоверениям.

Возможно, что приказ такого рода по Департаменту здравоохранения края, касающийся и судебно-медицинских экспертов, снял бы остроту данной проблемы и в сфере оказания платных услуг.

Следующая проблема относится также к положениям статьи 61 Основ «Врачебная тайна», в которых законодатель предусматривает и несоблюдение конфиденциальности, то есть передачу сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина в том случае, если гражданин не способен выразить свою волю, при угрозе распространения инфекционных заболеваний,

массовых отравлений, по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда, для информирования родителей ребенка, не достигшего 15-летнего возраста и при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

В соответствии с последним положением данной статьи действует Инструкция Минздрава РФ, МВД РФ от 09.01.98 № 4/8, под названием «Инструкция о порядке взаимодействия лечебно-профилактических учреждений и органов внутренних дел Российской Федерации при поступлении (обращении) в лечебно-профилактические учреждения граждан с телесными повреждениями насильственного характера».

В обязанности лечебно-профилактических учреждений вменяется незамедлительное сообщение в дежурные части органов внутренних дел о всех фактах поступления (обращения) граждан с телесными повреждениями насильственного характера, за исключением травм, полученных в быту.

Судебно-медицинский эксперт, обследуя граждан, обратившихся по личной инициативе и не получавших до этого медицинской помощи, медицинскую помощь не оказывает и не является врачом конкретного ЛПУ, следовательно, на него данная инструкция не распространяется. Вместе с тем, обычно обращаются граждане, пострадавшие от противоправных действий и, казалось бы, должны вступать в силу положения статьи 61 Основ. Вопрос о тактике судебного медика в данной ситуации не регламентирован. Однако это имеет большое значение, так как достаточным поводом для сообщения в правоохранительные органы является наличие оснований полагать об этом, а не абсолютно достоверная информация. В подавляющем большинстве случаев судебно-медицинский эксперт не располагает полными сведениями, что произошло, кто и каким образом причинил вред свидетельствуемому, да это и не входит в его компетенцию, а обстоятельства дела записываются со слов пострадавшего.

В заключении следует отметить, что комплекс рассмотренных проблем имеет в основном правовой и этический аспекты и требует дальнейшего разрешения в первую очередь в плане регламентация освидетельствования по личному обращению граждан и определении статуса судебно-медицинского эксперта как лица, который имеет допуск к ознакомлению с медицинскими документами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Научно-практический комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу РСФСР. –М.: Издательство «СПАРК», 1996. –624 с.

А.В. Бошук

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОНЯТИЯ НОВОРОЖДЕННОСТИ В ЮРИДИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ

Негосударственный институт международного права, экономики,
гуманитарных наук и управления им. К.В. Россинского

Уголовно-правовая наука вопросы, связанные с ответственностью за убийство матерью новорожденного ребенка, решала неоднозначно, при этом по мере совершенствования медицинской науки, развития цивилизации менялись и точки зрения ученых на этот счет. В различных странах подходы к этому вопросу весьма полярны и сегодня. Неоднозначно решается вопрос и в отношении определения возраста новорожденного, т. е. до какого момента ребенок может считаться новорожденным, что берется за основу такого определения.

Русский дореволюционный криминалист И.Я. Фойницкий, исследуя вопрос о том, до какого возраста своей жизни после рождения ребенок может считаться новорожденным, не дает на этот вопрос однозначного ответа. При этом он ссылается на французскую судебную практику, которая устанавливала трехдневный срок, т. е. «до истечения срока, в продолжении которого рождение должно быть зарегистрировано государственной властью» [6].

В германской практике этот срок был ограничен сутками, - срок, по истечении которого начинает жить отдельной жизнью от матери. Французское право усматривало в детоубийстве не привилегированное, а квалифицированное лишение жизни, т. к. при этом закон полагал, что происходит посягательство на жизнь существа, еще не известного общественной власти и лишенного его охраны... Субъектом детоубийства французский кодекс считал не только мать законнорожденного, но и незаконнорожденного ребенка [6].

Российское дореволюционное право в определении сроков новорожденного примыкало к германской системе. Детоубийство оно признавало привилегированным видом лишения жизни и относило к нему умышленное убийство матерью только своего незаконнорожденного ребенка при самом его рождении, т. е. ребенка, «родившегося от внебрачного сожителства, добровольного или насильственного, с каким бы то ни было лицом» [6] или родившегося в незаконном браке. Нет единого мнения и сегодня в мировой уголовно-правовой науке и практике в отношении целесообразности признания смягчающим обстоятельством убийство при определенных условиях матерью своего ребенка, а также и сроков признания ребенка новорожденным.

Уголовное законодательство большинства государств СНГ предусматривало уголовную ответственность за умышленное убийство матерью новорожденного ребенка [7].

В некоторых странах Западной Европы предусмотрена пониженная ответственность за убийство матерью новорожденного. Так, уголовным законодательством ФРГ параграфом 217 предусматривается ответственность за убийство «внебрачного ребенка во время родов или сразу же после них» не ниже трех лет [9].

В законодательстве Болгарии (ст. 121) предусмотрена пониженная ответственность за убийство младенца-урода. Ответственность за данное преступление устанавливается для родителей менее суровая, чем за убийство матерью новорожденного ребенка [7].

В настоящем уголовном законодательстве Франции ст. 22-8 п. 2 предусмотрена повышенная ответственность «в отношении лица, особая беспомощность которого, обусловлена его возрастом».

Никаких смягчающих обстоятельств в связи с убийством новорожденного не предусмотрено и в УК Испании. Не выделялось детоубийство в привилегированный состав преступления в УК РСФСР 1960 г., хотя сходная норма находила свое отражение в нескольких УК бывших союзных республик [2].

В новом Уголовном кодексе РФ ст. 106 «Убийство матерью новорожденного ребенка» предусмотрено три ситуации:

- во время или сразу после родов;
- в условиях психотравмирующей ситуации;
- в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости.

Однако в законе четко не определено, следует ли отнести к такому убийству лишение жизни младенца до его дыхания или даже до появления на свет. Авторы фундаментального исследования «Курс советского уголовного права полагают», что «...следует рассматривать как детоубийство не только убийство новорожденного после отделения плода от утробы матери и начала самостоятельной жизни ребенка, но и убийство, совершенное во время родов, когда рождающийся ребенок еще не начал самостоятельной внеутробной жизни...» [5]. Это исключительно важно при судебной экспертизе по делам о детоубийстве, когда возникает вопрос: родился ли ребенок живым или мертвым?

В первой ситуации убийство ребенка во время родов или сразу же после них не вызывает трудностей в квалификации этих действий по ст. 106 УК, т. к. в законе четко указан срок завершения детоубийства «во время или сразу же после родов», что равно одним суткам. Тут важно установить, что убийство совершено именно в этот срок, а решимость совершить это преступление вызвана определенными побуждениями как физиологического, так и бытового характера.

Во второй и третьей ситуациях, предусмотренных ст. 106 УК – убийство матерью новорожденного ребенка в условиях психотравмирующей ситуации и в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, - связывается промежуток в один месяц, т. к. убийство ребенка более старшего возраста не может квалифицироваться по ст. 106 УК [2].

В Комментариях к УК РФ под редакцией Ю.И. Скуратова [3] дается следующее понятие новорожденного: «В педиатрии новорожденным признается младенец с момента констатации живорожденности до месячного возраста, а в акушерстве длительность периода новорожденности признается равной одной неделе, в судебной медицине – одним суткам». При этом авторы ссылаются на монографию А.Н. Красикова [4].

Аналогичного мнения придерживаются в Комментариях, изданных под редакцией А.И. Бойко [1], П.Н. Панченко и др.

Несколько другой точки зрения придерживаются авторы учебника под редакцией Г.Н. Борзенкова [8]. Они констатируют, что ответственность по ст. 106 УК будет только в том случае, если ребенок новорожденный, при этом

«...промежуток времени должен быть незначительным, причем он подлежит определению в каждом конкретном случае». Как видим, авторы не ограничивают новорожденность какими-либо сроками, но полагают, что такие сроки подлежат определению исходя из обстоятельств.

В отношении сроков, установленных в педиатрии для определения новорожденного, у нас сомнений не вызывает, но стоит ли переносить эти сроки в юридическую практику при определении ответственности матери за убийство своего ребенка?

На наш взгляд, установленный месячный срок, в котором матери дается как бы возможность «воспользоваться» привилегированным составом, является весьма длительным и не способствует защите новорожденного, существа беспомощного. Именно новорожденный ребенок должен находиться под защитой закона, а, следовательно, и государства, но из ст. 106 УК усматривается обратное.

Безусловно, психотравмирующие ситуации, состояние психического расстройства могут оказывать и оказывают влияние на мать новорожденного, однако слепо переносить сроки, определенные педиатрией, вряд ли является верным.

К сожалению, обстоятельных научных обоснований на этот счет в юридической литературе не существует, нет разъяснений Пленумов Верховных судов СССР, РФ на этот счет.

Так, русский дореволюционный криминалист Н.С. Таганцев полагал, что в данном случае важен не возраст ребенка, а тот промежуток времени, в течение которого роженица продолжает находиться в особом соматическом состоянии.

И это, по нашему мнению, одно из правильных решений. Нельзя категорически утверждать, что женщина, убившая новорожденного ребенка, не подлежит уголовной ответственности по ст. 106 УК лишь только потому, что после рождения ребенка прошли 1 месяц и 1 день.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комментарий к УК РФ. Под ред. А.И. Бойко. –Ростов-на-Дону; М.: Феникс, Зевс, 1996. –С. 269-274.
2. Комментарий к УК РФ под ред. Н.Ф. Кузнецовой. -М., 1998.
3. Комментарий к УК РФ. Под ред. Ю.И. Скуратова, В.М. Лебедева. –2-е изд., измен. и доп. –М.: Норма-Инфра, 1999. –С. 237-239 с.
4. Красиков А.Н. Уголовно-правовая охрана прав и свобод человека в России. Саратов, 1996.
5. Курс советского уголовного права. Под ред. А.А. Пионтковского. -М., 1971. -Т. 5. –С. 22.
6. Фойницкий И.Я. Курс уголовного права. Часть особенная. С.-Пб., 1901. –С. 46.
7. Уголовное право. Особенная часть. Под ред. В.В. Здравомыслова. -М., 1995. –С. 111.
8. Уголовное право Российской Федерации. Особенная часть. Под ред. Г.Н. Борзенкова. М., 1997. -С. 51.

9. Уголовный кодекс ФРГ. -М., 1996.

Е.И. Быстрова, А.В. Ильина, Г.В. Ломакина
К ВОПРОСУ О ПРАВОВОЙ ОРИЕНТАЦИИ БУДУЩЕГО ВРАЧА
Кафедра судебной медицины КГМА

Реформирование здравоохранения в нашей стране продолжается уже почти 10 лет и преследует цели повышение качества оказания медико-санитарной помощи, изменение отношений между врачом и пациентом, развитие бюджетно-страховой медицины, частной медицинской деятельности и многое другое. Создание законодательной основы в системе охраны здоровья, повышение правовой грамотности населения и медицинских работников, формирование культуры здоровья – эти и другие проблемы должны найти отражение в процессе подготовки врача.

С целью определения правовой и биоэтической ориентации в студенческой среде в рамках научно-исследовательской работы кафедры по проблемам правовой защиты врача и пациента, нами в начале 2000/2001 учебного года проведено скрининговое исследование в котором студентов 6 курса лечебного факультета КГМА просили высказать свое отношение к некоторым важным правовым проблемам медицины, к оценке собственного здоровья и готовности защищать свои интересы в судебном порядке.

В опросе приняли участие 47 студентов в возрасте от 21 до 27 лет, средний возраст составлял 22 года. Среди них 14 юношей и 33 девушки. Имеют среднее медицинское образование только 5 человек.

На вопрос "Считаете ли Вы достаточными свои знания о правах человека?" только 7 человек ответили "да", 30 студентов считают свои знания недостаточными (более 63%), затруднились ответить 10 человек. Считают, что они достаточно осведомлены о правах пациента только 9 студентов, не осведомлены – 27 (около 60%) и затруднились ответить 11 опрошенных. О правах потребителей знают достаточно 8 респондентов, 32 человека не осведомлены (68%) и 7 будущих врачей затруднились с ответом.

На вопрос об осведомленности в сфере биомедицинской этики ответили положительно 7 студентов, не осведомлены 28 (почти 60%) и 12 студентов затрудняются дать ответ.

Считает себя достаточно осведомленным о правах и социальной защите врачей только одна студентка, 37 человек ответили "нет" и 9 человек затруднились с ответом.

Таким образом, наши студенты отмечают, что они не ориентированы ни в правах пациентов, ни в своих собственных. Это существенный пробел, который трудно восполним на 6 курсе и в процессе послевузовской подготовки. Настораживает также то, что об уголовной ответственности врача знают 13 студентов, не знают – 19 и сомневаются в ответе 14. О гражданско-правовой ответственности медицинских работников осведомлены только 10 респондентов, ничего не знают 28 будущих врачей и 10 затрудняются с ответом (табл. 1).

Таблица 1.

Уровень информированности студентов шестого курса лечебного факультета по основным вопросам права и биомедицинской этики

№	Вопрос	Да		Нет		Не знаю	
		м	ж	м	ж	м	ж
1.	О правах человека	1	6	10	20	3	7
2.	О правах пациентов	2	7	8	19	4	7
3.	О правах потребителей	3	5	10	22	1	6
4.	О биомедицинской этике	2	5	11	17	1	11
5.	О правах и социальной защите врачей	-	1	11	27	4	5
6.	Об уголовной ответственности медицинских работников	3	10	8	11	3	11
7.	О гражданско-правовой ответственности врача	2	8	9	18	3	7

С возрастанием правовой грамотности и широким освещением дел по возмещению физического и морального ущерба пациентам, причиненного ненадлежащим оказанием лечебной и диагностической помощи, будущим врачам необходимо быть готовым к исковым взаимоотношениям с гражданами. Тем более, что у современных пациентов, при невысоких требованиях к себе, очень высокие требования к работе медицинских учреждений и медицинских работников. Мы предложили студентам задуматься над одним из основополагающих принципов оказания медицинской помощи «не нанеси вреда» и решить, кто имеет право делать заключение о том, что является вредом? Наши студенты проявили исключительное единодушие и отдали предпочтение эксперту и врачу. На вопрос "Кому дано право решать, что является вредом, а что нет?" будущие врачи ответили: самому врачу – 48 %, пациенту – 8,5 %, страховой организации – 8,5 %, эксперту - 35 %.

Наше общество в целом далеко от решения этических проблем, связанных с оказанием медицинской помощи или с медицинским уходом. Один из самых сложных биоэтических вопросов, затрагивающих жизнь и смерть человека – проблема эвтаназии. Согласно нашему опросу, большинство студентов поддерживают добровольный уход из жизни тяжело больного человека с помощью медицинского работника – 71% юношей и 27% девушек, не одобряют – 14,2% юношей и 24% девушек. Значительная часть девушек – 49% и только 14,8% респондентов мужского пола затруднились с ответом. Таким образом, среди студентов эвтаназию поддерживают в основном мужчины. Одобряют также и суррогатное материнство, преимущественно юноши (71%). Категорически против и затруднились с ответом одинаковое число опрошенных – почти

по 20% юношей и девушек. Большинство старшекурсников знают, что такое хосписы и одобрительно относятся к их созданию - 71% юношей и 84% девушек (против – только 4 человека, затруднились дать ответ – 6 чел.).

Интересные данные получены по оценкам студентов своего собственного здоровья. Только 6% девушек и 14,2% юношей считают свое здоровье отличным. Почти половина опрошенных считает свое здоровье хорошим, 35% юношей и 45% девушек считают свое здоровье удовлетворительным. Плохим считают свое здоровье 6% девушек.

На вопрос «Готовы ли Вы обратиться в суд в случае нанесения ущерба Вашему здоровью?» - ответы распределились следующим образом: нет – 1, скорее нет, чем да – 14, скорее да, чем нет – 20, да – 12. Прежде всего готовы обратиться в суд девушки – 69%.

Таким образом на 6 курсе уже больше половины девушек и более трети юношей озабочены состоянием своего здоровья и большинство готово обратиться в суд, если здоровью будет причинен ущерб.

Мы считаем, что студент 6 курса уже определил свои установки относительно будущей профессиональной деятельности, поэтому даже результаты ориентировочных исследований, отражающие субъективное мнение самих студентов, показывают необходимость ликвидации в первую очередь правовых пробелов в системе образования врача.

Л.И. Ломакина, Б.А. Ясько

ВРАЧ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: СОЦИАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Кафедра судебной медицины КГМА и кафедра психологии
негосударственного института экономики и управления КГМА

Нашу страну отличает беспрецедентное с позиций мирового сообщества равнодушие государства к материальному и психологическому обеспечению деятельности медицинских работников в бюджетной сфере на фоне гипертрофированных требований к профессионализму и, особенно, личностным качествам врачей и среднего медицинского персонала. Об этом свидетельствует все возрастающее число исков к медицинским учреждениям по возмещению материального и морального ущерба в результате причинения вреда при оказании медицинской помощи, публикации в средствах массовой информации и общественное мнение.

Вместе с тем, следует констатировать, что криминализация общества, опасения за свою безопасность коснулись вплотную и медицинских работников. К примеру, в 1997 г. Управление уголовного розыска ГУВД г. Москвы подготовило методические рекомендации работникам системы здравоохранения о поведении в экстремальных ситуациях криминального характера, в которых, в частности указывается, что «под экстремальной ситуацией криминального характера понимаются противоправные действия в отношении врачей, медсестер, иных работников системы здравоохранения при выполнении ими своих функ-

циональных обязанностей, или сопряженные с фактами насилия, угроз в их адрес, попытками завладения имуществом медицинского учреждения (персонала), либо направленные на воспрепятствование деятельности органа (учреждения) здравоохранения».

Рекомендации содержат алгоритм поведения в той или иной конкретной экстремальной ситуации: при обнаружении трупа, оказании помощи потерпевшему, в случае обнаружения вещественных доказательств, документов и т. д. По-видимому, такие рекомендации актуальны не только для здравоохранения г. Москвы, но и для всей страны.

Современная профессиональная медицинская деятельность предъявляет повышенные требования к психической устойчивости и адаптационным возможностям специалиста. Однако проблема безопасности и сохранения здоровья самого медицинского работника как бы не существует и общество на уровне обыденного сознания безосновательно считает, что врач сам о себе позаботится. Пренебрежительное отношение к здоровью медиков начинается с периода обучения. До сих пор нет системы профессионального отбора и консультирования для определения профессиональной пригодности и возможности специализации в определенной сфере медицинской деятельности. В период обучения вообще не уделяется внимания формированию культуры здоровья будущего врача. К примеру, в КГМА нет даже предмета «Введение в специальность», в рамках которого рассматриваются вопросы психофизиологии и психогигиены умственного труда, формируется умение учиться, уделяется внимание проблемам сохранения умственного и физического здоровья. Поэтому уже к окончанию института у наших студентов обычно имеется целый букет хронических заболеваний, преимущественно нервной и пищеварительной системы. Нет также серьезной психологической подготовки самого врача к продуктивному общению с пациентами, их родственниками, коллегами. К сожалению, дело ограничивается требованиями к усвоению поверхностных этических и деонтологических принципов, в которых упор сделан на должное поведение врача и ответственность за нарушение моральных и правовых норм.

Тем не менее, необходимость серьезной психологической подготовки врача к профессиональной деятельности и одновременно к сохранению своего собственного здоровья очевидна. В вузе нет психологической службы. Нет ее и в лечебно-профилактических учреждениях. Вместе с тем, закономерно возникает вопрос: не нуждается ли врач, работающий чуть ли не на 2 ставки, с хронической усталостью и житейскими заботами нищенского существования, более других в психологической разгрузке и психологической помощи?

Следует констатировать, что в нашем обществе замалчиваются проблемы алкоголизации, неврозов, соматических и психических заболеваний, а также профессиональных деформаций личности медицинских работников.

Личностные профессиональные деформации, наблюдаемые у специалистов с большим стажем работы, давно привлекали внимание психологов. Профессиональными психическими деформациями считаются поведение и выражения медицинских работников, при которых под влиянием привычки прояв-

ляется черствость по отношению к больным в такой степени, что у не медиков создается впечатление бездушности и даже цинизма.

Безусловно, проблема профессиональных деформаций актуальна и для работников судебно-медицинской службы, однако какая либо информация по этому вопросу в доступной нам литературе отсутствует.

В связи с этим целесообразно рассмотреть особенности профессионального становления личности врача.

Профессионализация образует особый аспект жизненного пути личности, при этом профессиональные задачи оказываются индивидуально-своеобразным образом соотнесенными и переплетенными с другими жизненными задачами, стоящими перед каждым человеком: обретение друзей, создание семьи, воспитание детей, организация досуга, духовное самосовершенствование и т.д.

Началом активного профессионального развития является «принятие» личностью профессионализации как жизненной задачи, ее личностно-смысловое «встраивание» в общий жизненный план. Содержание этого процесса детально раскрывается В.Д. Шадриковым [1] на примере принятия профессии. Он пишет: «Первоначальным этапом освоения деятельности является ее принятие. Решение этого вопроса будет определяться тем, насколько представления человека о профессии будут соответствовать его потребностям, Человек, выбирая профессию, как бы «проецирует» свою мотивационную структуру на структуру факторов, связанных с профессиональной деятельностью, через которые возможно удовлетворение потребностей. Чем богаче потребности человека, тем более высокие требования он предъявляет к деятельности, но одновременно он может получить и большее удовлетворение от труда».

Выбирая профессию, молодой человек опирается на сложившуюся к данному моменту Я-концепцию, а, утверждаясь в профессии, личность добивается самоактуализации. То есть, человек стремится делать то, что, как ему кажется, может принести наибольшее удовлетворение и максимально способствовать его личностному росту. Так, если существенными составляющими Я-концепции личности являются такие качества, как заботливость, внимательность, решительность, эрудированность – выбор профессии врача станет вполне субъективно обусловленным, т. к. именно эти характеристики, наряду с другими, составляют сущностную часть психогаммы медицинского работника.

Возможны случаи, когда человек не воспринимает, не принимает профессионализацию как задачу жизнедеятельности, и тогда он ищет другие формы самореализации. Причины этого могут иметь самую разнообразную природу: неадекватная мотивация (завышенная, обедненная, деформированная и т. п.), недостаточный или, напротив, очень высокий уровень развития способностей, значительно превышающий нормативные требования, объективные причины и условия. Также можно отметить и характерное для значительной части современной отечественной молодежи падение субъективной ценностной привлекательности честного высококвалифицированного труда – своеобразный психологический коррелят изменений социоэкономических и культурно-идеологических ориентаций общества.

Для работников социоэкономической сферы, к которой относится и медицинская профессиональная деятельность, чрезвычайно актуальным является психологический феномен «выгорания» в виде эмоциональной и интеллектуальной истощенности, редуцированной работоспособности и депрессивными переживаниями.

В 80-х годах американские психологи обратили внимание на особую форму «болезней стресса», своего рода «болезни» общения у работников субъект-субъектных профессий, главной причиной которых является психологическое переутомление. Это феномен назвали «выгорание персонала». Особенно быстро и заметно оно происходит при чрезмерной рабочей нагрузке у врачей, психотерапевтов, учителей, т.е. у профессионалов общения, которые по долгу службы должны проявлять внимание и заботу, дарить тепло своей души. Выгорание – плата за сочувствие. Многочисленные проявления «выгорания» могут быть сведены к трем.

Первое проявление – приглушение эмоций: исчезает острота чувств, скука и пустота на душе.

Второе – возникновение конфликтов с пациентами. Сначала они скрытые. В кругу своих коллег начавший «выгорать» профессионал с пренебрежением, а то и с издевкой рассказывает о некоторых своих пациентах. Далее начинает чувствовать неприязнь к ним. Раздражение удается сдерживать все с большим трудом и возникают моменты, когда медицинский работник выплескивает из себя озлобленность на ни в чем не повинного пациента, который ждет помощи и человечности.

Врачи обычно не знают психологической сущности явления, жертвами которого стали и они и их пациенты.

Третье проявление «выгорания» наиболее социально и экономически опасно для общества – это потеря человеком представлений о ценностях жизни когда весь мир безразличен и на все наплевать.

Мы считаем, что тревожные тенденции с состоянием физического и психического здоровья врачей должны быть предметом пристального внимания общественности. Общество и государство должно в полной мере оценить тот значительный ущерб, которым оборачивается пренебрежение к материальному и психологическому обеспечению медицинской деятельности. Работники практического здравоохранения испытывают неадекватное отношение к своему труду – высокие требования к профессионализму и нравственно-этическим качествам, критическая и оценивающая позиция, с одной стороны, и полное пренебрежение материально-техническим обеспечением как профессиональной, так и бытовой сферы.

Ряд исследований [2, 3] показывает, что высокий уровень внутренних конфликтов у работников субъект-субъектных видов профессий (врачи, педагоги) связан прежде всего с необходимостью соответствовать высокому уровню социальных ожиданий окружающих (пациентов и их близких у врачей) и с перенапряжением физических и психических сил, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей.

Данные срининговых исследований в ряде лечебно-профилактических учреждений нашего города и края, проведенные нами в 1999 г., показали, что по мере увеличения стажа работы и возраста практикующих врачей происходит «накопление» усталости, нарастание тревожных переживаний, снижение настроения, появление вегето-сосудистых расстройств и поведенческие срывы. Особое место в формировании состояний дезадаптации у врачей различных специальностей входят, среди прочих дестабилизирующих факторов, социально-фрустрирующие компоненты. Как показало исследование, большинство из врачей (93,8%) сознательно выбрали свою профессию, следуя либо своим склонностям, либо продолжая семейные традиции. Тем не менее, у каждого врача отношение к профессии в последние годы ухудшилось, причем среди наиболее профессионально мотивированных врачей этот показатель составляет более 40%. В числе причин падения интереса к профессии у 38,3% врачей – неудовлетворенность взаимоотношениями с администрацией, у 29,7% - неудовлетворенность работой в целом, у 56,5% - неудовлетворенность своим социальным положением, у 78,2% - неудовлетворенность материальным положением. Характерно, что лишь 7,4% врачей в этой группе не удовлетворены своими взаимоотношениями с пациентами.

Полученные данные свидетельствуют о наличии серьезных предпосылок к профессиональной фрустрированности из-за ситуации «повседневного стресса», возникающего в ходе профессиональной деятельности. Фрустрация обусловлена, прежде всего, переживанием чувства неудовлетворенности из-за необходимости заниматься не приносящим удовлетворения делом.

В то же время, оценивая морально-психологический климат в коллективе, 74,3% врачей в целом удовлетворены взаимоотношениями с коллегами, а 61,7% и с администрацией лечебных учреждений. Примечательно, что 92,6% врачей полностью или частично удовлетворены взаимоотношениями с пациентами.

Таким образом, можно считать, что в целом межличностный аспект отношений в лечебных коллективах оценивается как преимущественно удовлетворительный.

Значительно ниже показатели удовлетворенности врачей по социальным факторам. Наиболее высоким является показатель неудовлетворенности материальным положением – 89,7% врачей, а 56,9% не удовлетворены также и своими жилищно-бытовыми условиями.

Конечно, сложившаяся социально-экономическая ситуация с оплатой труда работников бюджетных отраслей в целом и медицинских работников в частности, во многом предопределила оценку положения дел в этой сфере. Однако почти на таком же высоком уровне находятся показатели неудовлетворенности врачей своим положением в обществе – 62,7% опрошенных не удовлетворены своим существующим социальным статусом.

Следовательно, наиболее существенным компонентом социальной фрустрированности врачей ЛПУ является несоответствие между социальной важностью, востребованностью и напряженным характером их профессиональной

деятельности, с одной стороны, и неадекватно низкой социальной оценкой их труда, с другой.

Высокий уровень социальной фрустрированности врачей связан прежде всего с социальными факторами (неудовлетворенность социальным, материальным и семейно-бытовым статусом) и теми факторами в профессиональной деятельности, которые приводят в итоге к снижению субъективной значимости самой профессии.

Подобные исследования работников судебно-медицинских служб не проводились, хотя предварительные наблюдения показывают, что среди судебных медиков с большим стажем работы можно наблюдать ситуацию, когда человек весь «уходит» в процесс профессионализации, полностью поглощается своей профессиональной деятельностью, в которой сосредотачивается весь смысл его жизни. Такая высокая степень «однородности» личности чревата возникновением состояний психологической дезадаптации, нарастанием внутренних и межличностных конфликтов. В то же время у отдельных специалистов прекращается профессиональный рост, отмечается равнодушие к профессиональной сфере, снижение компетентности, сосредоточенность интересов на материально-бытовых проблемах. Данную ситуацию также следует расценивать как психологическую дезадаптацию.

Анализируя полученные результаты, необходимо отметить их информативность и значимость для оценок и осознания важности серьезной работы в области психологического обеспечения профессиональной деятельности врача. Кроме того, следует обозначить проблему изучения психологических особенностей деятельности профессионалов судебно-медицинской экспертизы, которые явно не меньше нуждаются в психологической помощи и поддержке чем другие специалисты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шадриков В.Д. Проблема системогенеза профессиональной деятельности. -М., 1982. -С. 34.
2. Климов Е.А. Психология профессионала. -М.-Воронеж, 1996. –С. 144-146.
3. Зеер Э.Ф. Психология профессий: Учеб. Пособие. 2-е изд., перераб. и доп. -Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. проф.- пед. ун-та, 1999. – 280 с.

В.А. Породенко, Л.И. Ломакина, Е.Н. Травенко
**ПРАВОВОЙ СТАТУС ЛИЧНОСТИ В СИСТЕМЕ
ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ**
Кафедра судебной медицины КГМА

Целью работы явилось изучение правового положения гражданина в сфере охраны здоровья, то есть в системе отношений, регулируемых нормами медицинского права, которые должны обеспечить реализацию гражданами своих конституционных прав на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь. Жизнь и здоровье человека являются высшими первичными ценностями,

охранять и защищать которые - главная обязанность правового государства. Право на здоровье и медицинскую помощь относится к социальным правам и свободам человека. В статье 25 «Всеобщей декларации прав человека» от 10 декабря 1948 г. говорится: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи...»

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966) признает, что обладание высшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения.

В Декларации прав и свобод человека, принятых в нашей стране в 1991 г., в Конституции РФ (1993) право человека на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь гарантируются государством. Вместе с тем, как подчеркнул министр здравоохранения РФ в своем докладе на XIX всероссийском Пироговском съезде врачей (1999), уже в новейшей истории России произошло очевидное и ничем не оправданное перекладывание государственной ответственности за охрану здоровья народа на систему здравоохранения [1], поэтому так важно создание серьезной законодательной и нормативной базы медицинской деятельности, опирающиеся на реальные гарантии государства, необходимых для решения социально-экономических и медицинских проблем.

В нашей стране реализация гражданами своих конституционных прав зачастую связана не с активной позицией самого гражданина, а с деятельностью государственных органов и организаций, специально созданных для этих целей. В связи с этим целесообразно рассмотреть права и обязанности гражданина в сфере охраны здоровья.

Положение человека в государстве определяется так называемым правовым статусом, то есть системой признанных и гарантированных государством в законодательном порядке прав, свобод и обязанностей гражданина [2].

В сфере отношений по охране здоровья и медицинской помощи он определен в основном Законом о медицинском страховании (1994) и положениями Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993). В содержание его следует отнести принципы правового положения, права и свободы, обязанности и гарантии реализации прав и свобод, а также исполнения обязанностей гражданином.

Право граждан РФ на охрану здоровья (статья 17 Основ) характеризует: неотъемлемость права; обеспечение охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, предоставлением доступной медико-социальной помощи; обеспечение охраны здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и др.; гаран-

тия гражданам защиты от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний и др.

Принцип равенства возможностей граждан РФ в получении медицинской и лекарственной помощи реализуется за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС. Кроме того, при осуществлении действий, связанных с охраной здоровья, не должно нарушаться право гражданина на личную неприкосновенность, т. е. Исключение возможности медицинского вмешательства без воли на то гражданина и т. д.

Права, свободы и обязанности являются содержанием правоотношений, возникающих между гражданином и государством или между гражданами. Конкретизацией права гражданина на бесплатную медицинскую помощь является его право на обязательное медицинское страхование: гражданин не только вправе получать предусмотренные законодательством об обязательном медицинском страховании блага и реализовывать свои права, но и требовать от органов государственной власти и организаций, на которых возложены соответствующие обязанности, совершения всех необходимых для этого действий. Примером же свобод гражданина является свобода выбора им страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача в соответствии с договором обязательного медицинского страхования (ст. 6 Закона о медицинском страховании).

В то же время, осуществление прав и свобод не должно нарушать права и свободы других лиц, общественные и государственные интересы, которые также защищаются законом. Поэтому Конституция в некоторых случаях предусматривает возможность ограничения прав и свобод в государственных и общественных интересах, но только федеральным законом.

Рассмотрим возможности ограничения прав и свобод гражданина при оказании медицинской помощи. В современных условиях бюджетно-страховой медицины необходимо дифференцировать понятия «личное здоровье гражданина» и «общественное здоровье». Личное здоровье определяется как медико-биологический статус индивида в условиях физического и психического благополучия организма. Под общественным здоровьем понимают совокупное состояние здоровья населения страны, поддержание стабильного уровня которого гарантируется государством в качестве минимально допустимого предела. То есть у федерального законодателя есть основания ввести необходимые ограничения права на бесплатную медицинскую помощь, так как если предоставить конкретному пациенту ничем не ограниченное право на бесплатную медицинскую помощь, то ввиду того, что данная помощь оказывается за счет ограниченных финансовых источников (в основном страховых взносов и средств бюджета) – это явно нарушит права и законные интересы других лиц, которые также являются пациентами. Поэтому право на бесплатную медицинскую помощь ограничено программами обязательного медицинского страхования.

Конституцией гражданам предоставляется право на свободное развитие, то есть на доступ к образованию, культуре, отдыху, досуг для развития и самоосо-

вершенствования и т. д. Гражданин имеет возможность уже за счет собственных ресурсов, а не за счет общества, удовлетворить свои потребности в той части, которая превышает минимально необходимые, обеспечиваемые за счет общественной солидарности. В сфере охраны здоровья предоставление подобных возможностей позволяет гражданину осуществлять дополнительные профилактические мероприятия, отдыхать и удовлетворять потребности в охране здоровья сверх рамок, обеспечиваемых бесплатной медицинской помощью, т. е. в рамках программ добровольного медицинского страхования.

Далее следует рассмотреть взаимодействие прав и обязанностей гражданина в медицине. Юридическая обязанность гражданина указывает меру необходимого поведения в соответствии с предписаниями закона. Закон предусматривает возложение на гражданина определенных обязанностей, относящихся как к охране собственного здоровья, так и к охране здоровья окружающих, но содержание данных обязанностей ни в Основах законодательства об охране здоровья, ни в нормативах по медицинскому страхованию не раскрывается. Основные источники медицинского права более пристальное внимание обращают к правам граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, а не к их обязанностям.

Подобное нежелание законодательно закреплять обязанности граждан при обращении за медицинской помощью имеет существенные причины, заключающиеся в достижении фактического равенства человека с другими членами общества, даже при наличии объективных условий для неравенства – состояние здоровья. Законодатель считает, что лицо, обращающееся за медицинской помощью, в силу объективных условий, связанных с его определенной беспомощностью из-за состояния здоровья, не обладает соответствующими предпосылками для хотя бы относительного фактического равенства с тем лицом, которое обязано оказать ему медицинскую помощь. Таким образом, законодатель следует принципу: устанавливать права пациентов и обязанности лиц, оказывающих им медицинскую помощь, в правовых актах, имеющих большую юридическую силу, чем те акты, которые возлагают на пациентов определенные обязанности. В соответствии с принципом социальной справедливости, праву слабейшего предоставляется большая юридическая защита, чем праву сильнейшего. Поэтому возложение на гражданина любых обязанностей в сфере охраны здоровья и бесплатной медицинской помощи будет ограничением его конституционных прав [3].

Вместе с тем, гражданин должен соблюдать установленное законом ограничение на бесплатную медицинскую помощь. При этом базовая и территориальная программа ОМС указывают условия предоставления медицинской помощи, которые должны содержать и определенные обязанности граждан. Обязанности граждан могут устанавливаться и как кредиторские (ст. 328 ГК РФ) в договорах ОМС, в договорах на оказание медицинских услуг и при иных договорных отношениях при обращении за медицинской помощью. Так, Ф.Н. Кадыров (1999) рекомендует в варианте договора на предоставление платных медицинских услуг населению предусмотреть такие обязанности пациента: «ин-

формировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; своевременно оплатить стоимость услуги; точно выполнять назначения врача». В разделе «Ответственность сторон» пациент признается обязанным возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или вынуждено было прекратить ее по вине пациента [4].

Закон Краснодарского края «Об охране здоровья населения Краснодарского края» от 19 июня 1997 года содержит статью 6 – «Права и обязанности жителей края в области охраны здоровья», в пункте 3 которой говорится: «Жители края обязаны: а) заботиться о своем здоровье; б) не предпринимать действий, наносящих вред здоровью других граждан; в) давать информацию лечащему врачу о своих жалобах, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении и других вопросах, касающихся их здоровья, сообщать о неожиданных переменах в состоянии здоровья; г) для предупреждения распространения инфекционных и других опасных для окружающих заболеваний выполнять медицинские предписания о проведении медицинских осмотров, иммунизации, флюорографии в сроки, устанавливаемые учреждениями здравоохранения и госсанэпиднадзора; д) соблюдать план лечения, рекомендованный лечащим врачом, выполнять требования медицинских сестер и другого медицинского персонала при осуществлении ими медицинских процедур или указания лечащего врача, соблюдать правила поведения больных в медицинском учреждении; е) нести ответственность, предусмотренную действующим законодательством, за отказ или уклонение от лечения и выполнения профилактических мероприятий при социально-опасных заболеваниях; ж) соблюдать права других больных и персонала медицинского учреждения, бережно относиться к имуществу других лиц и медицинского учреждения».

Также в Законе Краснодарского края «О защите населения от туберкулеза и противотуберкулезной помощи» от 28 октября 1997 г. статья 6 определяет обязанности граждан, страдающих туберкулезом: «Больные туберкулезом обязаны: выполнять необходимые санитарно-гигиенические правила поведения в местах проживания, при пользовании общественным транспортом, в общественных местах и на службе - строго следовать рекомендациям врача по режиму лечения в стационаре, санатории, амбулаторно и по поведению в быту - являться в противотуберкулезные учреждения по вызову участкового или районного врача-фтизиатра - проходить консультацию в краевом противотуберкулезном диспансере в необходимых случаях по направлению врача-фтизиатра - не препятствовать проведению противоэпидемических и санитарно-оздоровительных мероприятий в местах своего проживания - явиться в противотуберкулезное учреждение по прибытии на новое место жительства в 10-дневный срок».

Исполнение обязанностей от гражданина можно ожидать только в том случае, если законодатель рассматривает их неисполнение как правонарушение и предусматривает юридическую ответственность. Однако и в Законе Краснодарского края «Об охране здоровья населения...» и в Законе о защите населения от туберкулеза есть ссылки только на установленную федеральным законода-

тельством ответственность граждан, виновных в нарушении санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм.

Таким образом, обязанности гражданина как пациента в сфере медицинской деятельности в основном только декларируются и выступают как не правовые, а скорее этические, нравственные нормы, связанные с моральной ответственностью за действия по отношению к себе, другим людям и обществу, тем более, что во всех документах, связанных с программами в системе здравоохранения на уровне оказания медицинской помощи, подчеркивается, что без проявления активного самосохранительного поведения людей, без личной ответственности за состояние своего здоровья реформирование здравоохранения бесперспективно.

Анализ проблемы правового статуса личности в сфере здравоохранения позволяет сделать вывод, что защита и охрана прав и свобод гражданина и выполнение им своих обязанностей по охране собственного и общественного здоровья нуждается в дальнейшем правовом регламентировании и является комплексной государственной проблемой, решать которую должны все общественные институты страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевченко Ю.Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право // Экономика здравоохранения, 1999. -№ 11-12. -С. 5-13.
2. Воеводин Л.Д. Юридический статус личности в России. -М., 1997. -С.28.
3. Ковалевский М.А. Конституционные основы обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения, 1998. -№ 4/5(29). -С. 44-56.
4. Кадыров Ф.Н. Порядок заключения договоров на оказание платных медицинских услуг населению //Здравоохранение, 1999. -№ 3. -С. 34-50.

Е. Н. Травенко, М.В. Котова

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ

Кафедра судебной медицины КГМА

В последние годы все более заметным становится интерес российской общественности, средств массовой информации, медицинских работников к обширному кругу юридических, морально-этических и социально-экономических проблем в сфере здравоохранения. Этот быстро растущий интерес - явление далеко не уникальное, поскольку наблюдается сегодня во всех странах мира и получило свое отражение в работе международных организаций – ООН, ЮНЕСКО, Совета Европы, Всемирной организации здравоохранения, Всемирной медицинской ассоциации и т. п. Ими в последнее время разработано и принято значительное количество документов, связанных с правовым и этическим регулированием отношений, возникающих в медицинской деятельности. Особенное внимание уделяется этической ответственности врача перед человеком и за человека.

Психиатрия относится к разряду медицинских специальностей, в которой основным моральным принципом является уважения прав и достоинства чело-

века. Это оказывает влияние на формы функционирования психиатрии как отрасли медицинской науки и здравоохранения, содержание концепций о сущности и границах психической патологии, цели и методы психиатрического вмешательства [4, 6].

Одними из основных международных нормативных актов в области психиатрии являются Гавайская декларация [1], принятая Всемирной психиатрической ассоциацией в 1977 г. и переработанная в 1983 г., и «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием и улучшения здравоохранения в области психиатрии», принятые Генеральной ассамблеей ООН в 1991 г.

В нашей стране психиатрическая помощь регулируется законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [3], принятом в 1993 г. Закон направлен на решение четырех основных задач: 1) защита прав и законных интересов граждан от необоснованного вмешательства в их жизнь при оказании им психиатрической помощи; 2) защита лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе; 3) защита общества от возможных опасных действий психически больных; 4) защита врачей и медицинского персонала. В законе определены основания и порядок применения в психиатрии недобровольных мер; введены принципиально новые для отечественной психиатрической практики судебные процедуры принятия решений и контроля за их надлежащим исполнением; установлены гарантии прав пациентов психиатрических учреждений и механизмы социальной защиты лиц с психическими расстройствами.

Психиатрия имеет дело с социальной функционирующей личностью, в понятие патологии которой входят ее деформированные социальные отношения, а в число патогенных факторов включаются сложные социальные ситуации, которые этой личностью воспринимаются и осмысливаются. Круг лиц и явлений психической жизни, оказавшихся в поле зрения психиатров, т. е. ставших предметом диагностических оценок, лечебных и профилактических воздействий, чрезвычайно расширился. Психиатров стали интересовать не только больные или «условно больные», но и практически здоровые лица в аспекте риска возникновения у них тех или иных психических расстройств. Диагноз психического расстройства несет в себе негативную социально-этическую нагрузку, которой не имеет никакой другой клинический диагноз. Лица, признанные душевнобольными, как бы гуманно ни относилось к ним общество, неизбежно попадают в особую категорию людей, лишенных в полной мере социального доверия и потому ущемленных в моральном отношении и испытывающих на себе различные социальные ограничения. Полное устранение всех ограничений, которые накладывает общество на душевнобольных, невозможно, так как сама душевная болезнь накладывает определенные ограничения на жизнедеятельность человека: затрудняет социальную адаптацию, вызывает нарушение поведения, повышая в ряде случаев риск совершения опасных деяний, наносящих ущерб самому больному и другим людям.

Существенной особенностью, отличающей психиатрию от других медицинских специальностей является применение к некоторым категориям боль-

ных недобровольных мер – принуждения и даже насилия. Если психиатр может при определенных условиях не добровольно, т. е. без согласия пациента или даже вопреки его желанию, провести его освидетельствование, установить обязательное диспансерное наблюдение, поместить в психиатрический стационар и держать там его в изоляции, применять различные психотропные препараты и другие методы лечения, воздействующие на психику, то можно себе представить масштабы и последствия принудительных мер в психиатрии. Возможность принуждения создает вокруг психиатрии пугающий ореол, вызывает недоверие общества, но уже не к душевнобольным, а к психиатрам и порождает у граждан естественное стремление оградить себя от необоснованного вмешательства в свою жизнь. И если отказ от принуждения в психиатрии нереален до тех пор, пока существуют тяжелые психические расстройства, то установление социального контроля за характером насильственных мер весьма возможно. Ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью служит гарантией соблюдения прав человека [2].

Общим моральным основанием, из которого исходит любая медицинская, в том числе психиатрическая, практика, является позитивная ценность здоровья и жизни человека: считается, что сохранение и укрепление психического здоровья находится в интересах каждого отдельного человека и общества в целом. Таким образом, в профессиональной деятельности врача-психиатра, направленной на устранение психических расстройств и охрану психического здоровья, интересы отдельного больного и общества совмещаются, а этические принципы и правила поведения становятся определяющими [6], что побудило принятие «Кодекса профессиональной этики психиатра» [5] 19 апреля 1994 г. на пленуме правления Российского общества психиатров.

На наш взгляд процесс совершенствования законодательства в психиатрии возможен лишь при условии прогресса нравственных отношений в этой области и обществе в целом, выражающегося в категориях и принципах гуманизма, добра, свободы, справедливости, достоинства и ответственности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавайская декларация. - Журнал психиатрии, 1992. -№ 4. -С. 44–45.
2. Гостин Л. Соблюдение прав человека в области оказания психиатрической помощи// Право и психиатрия. -М., 1991. -С. 310.
3. Закон РФ О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.
4. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия. -М. - 1997. -425 с.
5. Кодекс профессиональной этики психиатра. -Журнал социальной и клинической психиатрии, 1993. -№ 3. -С. 120 - 124.
6. Тихоненко В.А., Румянцева Г. М. О нравственной ответственности психиатров перед обществом. - Психиатрия в СССР, 1990. -Вып. 1. -С. 47-54.
7. Тихоненко В.А. Этика практической психиатрии. Руководство для врачей. -М. 1996. –С. 5-55.

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРАВА

Выпуск 1

(сборник научных трудов)

Под ред. В.А. Породенко

Издательство Кубанской государственной медицинской академии