

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



ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРАВА

ВЫПУСК 4



Краснодар

2014

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

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

ВЫПУСК 4

Под редакцией зав. кафедрой судебной медицины КубГМУ, доктора медицинских наук,
профессора, академика Российской Академии Естествознания,
Заслуженного врача Российской Федерации В.А. Породенко

Краснодар
2014

Проблемы судебной медицины, экспертизы и права, выпуск 4.

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

Краснодар: Изд-во, 2014. – 82 с.

В сборнике опубликованы материалы научных, научно-практических и учебно-методических исследований, выполненных профессорско-преподавательским коллективом, аспирантами и соискателями кафедр судебной медицины ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» (КубГМУ) Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Минобороны России» (ФГУ ВПО ВМА им. С.М. Кирова МО РФ), ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России; экспертами ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы», Санкт-Петербургского ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», ГБУЗ «Бюро СМЭ» Министерства здравоохранения Краснодарского края, ГБУЗ АО «Бюро судебно-медицинской экспертизы» Астраханской области, Новгородского ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»; преподавателями кафедр госпитальной терапии, психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России.

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКСПЕРТИЗЫ	8
АЛЬШЕВСКИЙ В.В., ТОЛМАЧЕВ И.А. БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УСЛУГИ). СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ	8
АНУПРИЕНКО С.А., МОРОЗОВ Ю.В. НЕСМЕРТЕЛЬНЫЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ В Г. КРАСНОДАРЕ (СООБЩЕНИЕ 1)	11
АНУПРИЕНКО С.А., МОРОЗОВ Ю.В. НЕСМЕРТЕЛЬНЫЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ В Г. КРАСНОДАРЕ (СООБЩЕНИЕ 2)	13
БЕЛОУСОВА О.Д., ТОЛМАЧЕВ И.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ: ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	16
БЕЛЫХ А.Н. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ, ОБРАЗОВАВШИХСЯ ОТ УДАРОВ НОГой, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ЛОКАЛИЗАЦИИ	17
БОЖЧЕНКО А.П. К ВОПРОСУ О МЕТОДОЛОГИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, В СЛУЧАЕ ПНЕВМОТОРАКСА	19
БОЖЧЕНКО А.П. К ВОПРОСУ О СОДЕРЖАНИИ ПОНЯТИЯ «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА»	21
БОЖЧЕНКО А.П., ТЕПЛОВ К.В. НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО И ПАСПОРТНОГО ВОЗРАСТА	23
БОЖЧЕНКО А.П., ТОЛМАЧЕВ И.А. К 200-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЗАБЛОЦКОГО-ДЕСЯТОВСКОГО	26
БОЖЧЕНКО А.П., ТОЛМАЧЕВ И.А. ДЕРМАТОГЛИФИКА В СИСТЕМЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ	27
ГУГНИН И.В., БОЖЧЕНКО А.П. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТИПОВ УЗОРОВ ПАЛЬЦЕВ РУК НА ОСНОВЕ ДИСКРИМИНАНТНОГО АНАЛИЗА	29
ЗБРУЕВА Ю.В., ДЖУВАЛЯКОВ П.Г., КАБАКОВА С.С., БОГОМОЛОВ Д.В., КУЛЬБИЦКИЙ Б.Н. ДИНАМИКА ДВС ПРИ ПЕРЕЖИВАНИИ ТРАВМЫ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	30

ИЛЬИНА А.В., БЫСТРОВА Е.И.

МОРФОЛОГИЯ МИОКАРДА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ
СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.....31

КОРХМАЗОВ В.Т.

АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ АЛКОГОЛЬОКИСЛЯЮЩИХ ФЕРМЕНТНЫХ СИСТЕМ ПЕЧЕНИ
ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЭТАНОЛОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....34

МАНТАКОВ М.С., ТУЧИК Е.С, АСТАШКИНА О.Г.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЙ,
ОБУСЛАВЛИВАЮЩИХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ34

НАЗАРОВ Ю.В.

К ВОПРОСУ ОБ ЭКСПЕРТИЗЕ ПИЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ,
ПРИЧИНЁННЫХ РУЧНЫМ ЭЛЕКТРОИНСТРУМЕНТОМ С ВЫСОКОСКОРОСТНЫМ
ВОЗВРАТНО-ПОСТУПАТЕЛЬНЫМ ДВИЖЕНИЕМ ПОЛОТНА35

ПИГОЛКИН Ю.И., НАГОРНОВ М.Н., ЛЕОНОВА Е.Н.,

ДОРОФЕЕВА Е.Е., КАЛИНИН Р.В.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СЛЕДОВ КАПЕЛЬ КРОВИ37

ПОРОДЕНКО Н.В., ЗАПЕВИНА В.В.

СЛУЧАЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА
ОТ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ39

ПОРОДЕНКО Н.В., ЗАПЕВИНА В.В.

НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ОБСТРУКТИВНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ41

ТЕПЛОВ К.В., БОЖЧЕНКО А.П.

УСТАНОВЛЕНИЕ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА
НА ОСНОВЕ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ПАЛЬЦЕВ НОГ43

ТОЛКАЧЕВА А.А., БОЖЧЕНКО А.П.

ПЕРВЫЕ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В РОССИИ
НА ОСНОВЕ ДАКТИЛОСКОПИИ45

ТРАВЕНКО Е.Н., ПОРОДЕНКО В.А.

СОСТОЯНИЕ АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗЫ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ
НА ФОНЕ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ46

ТРАВЕНКО Е.Н.

СОСТОЯНИЕ МИКРОСОМАЛЬНОЙ ЭТАНОЛОКИСЛЯЮЩЕЙ ФЕРМЕНТНОЙ СИСТЕМЫ
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ
НА ФОНЕ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ48

ТРАВЕНКО Е.Н.

СОСТОЯНИЕ КАТАЛАЗНО-ПЕРОКСИДАЗНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ СИСТЕМЫ
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ
НА ФОНЕ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ50

ЧЕРТОВСКИХ А.А., ТУЧИК Е.С., АСТАШКИНА О.Г. О ЧАСТОТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ).....	52
ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	54
ГУКОСЬЯН Д. И., ЗАДЫКЯН С. Е. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВ ДЕТЕЙ В РАЗНЫХ СТРАНАХ.....	54
ЛОМАКИНА Л.И., ПОРОДЕНКО В.А., ТРАВЕНКО Е.Н., БЫСТРОВА Е.И., ИЛЬИНА А.В. ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ – НОВЕЛЛА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА	55
ЛОМАКИНА Л.И., ПОРОДЕНКО В.А., ТРАВЕНКО Е.Н., БЫСТРОВА Е.И., ИЛЬИНА А.В. ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	58
ЛОМАКИНА Л.И., ПОРОДЕНКО В.А., ТРАВЕНКО Е.Н., БЫСТРОВА Е.И., ИЛЬИНА А.В. НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОХРАНЕ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ, ОТНОСЯЩЕЕСЯ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ	65
ЛОМАКИНА Л.И., ПОРОДЕНКО В.А., ТРАВЕНКО Е.Н. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ КОНФЛИКТА ИНТЕРЕСОВ В МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЕ	70
ЛОМАКИНА Г.В., КОСЕНКО Н.А. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ.....	72
ПОРОДЕНКО В.А., ЛОМАКИНА Л.И., ТРАВЕНКО Е.Н., ИЛЬИНА А.В. ЮРИДИЧЕСКОЕ АНАЛИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ, НАЛАГАЕМЫХ НА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ИМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	74
ТРАВЕНКО Е.Н., ПОРОДЕНКО В.А., ЛОМАКИНА Л.И., БЫСТРОВА Е.И. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ.....	77
ТРАВЕНКО Е.Н., ПОРОДЕНКО В.А., ЛОМАКИНА Л.И., АНУПРИЕНКО С.А. ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	79

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКСПЕРТИЗЫ

Альшевский В.В., Толмачев И.А.

БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УСЛУГИ). СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ

*Кафедра судебной медицины ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург*

В соответствии с разработанной на кафедре судебной медицины ВМедА имени С.М.Кирова методикой производства судебно-медицинских экспертиз по делам о причинении врачом вреда здоровью в уголовном судопроизводстве экспертом должно быть оказано содействие следствию и суду в доказывании события преступления, что подразумевает необходимость понимания им его состава.

Среди прочих оснований привлечения врача к уголовной ответственности за причинение вреда здоровью пациента предусмотрена возможность уголовного преследования по ст. 238 УК «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности».

В соответствии с формулировкой ст. 238 УК «Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности» (в ред. Федерального закона от 09.07.1999 № 157-ФЗ):

1. Производство, хранение или перевозка в целях сбыта либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, а равно неправомерные выдача или использование официального документа, удостоверяющего соответствие указанных товаров, работ или услуг требованиям безопасности, (в ред. Федерального закона от 09.07.1999 № 157-ФЗ) -

наказываются штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок (в ред. Федерального закона от 07.12.2011 № 420-ФЗ).

2. Те же деяния, если они:

а) совершены группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;

б) совершены в отношении товаров, работ или услуг, предназначенных для детей в возрасте до шести лет;

в) повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека, -

наказываются штрафом в размере от ста тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо лишением свободы на срок до шести лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет или без такового (часть 2 в ред. Федерального закона от 07.12.2011 N 420-ФЗ).

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть двух или более лиц, -

наказываются принудительными работами на срок до пяти лет либо лишением свободы на срок до десяти лет (в ред. Федерального закона от 07.12.2011 № 420-ФЗ).

Поскольку формулировка статьи не содержит ни исчерпывающего перечня товаров и продукции, выполненных работ или оказанных услуг, ни каких-либо исключений, следует полагать, что ее действие охватывает в т.ч. и медицинскую помощь, которая ч. 2 ст. 779 ГК отнесена к категории возмездных услуг. В силу данного обстоятельства дальнейший анализ формулировки ст. 238 УК будет проведен исключительно в проекции ее положений на медицинскую услугу (медицинскую помощь).

Субъектом преступления, предусмотренного ст. 238 УК, является лечащий врач, оказывающий медицинскую услугу либо при осуществлении индивидуальной трудовой деятельности, либо в качестве наемного работника в медицинском учреждении любой формы собственности. Последнее утверждение основано на нормах ГК, регламентирующих правоотношения работодателя и работника. Кроме того, в

медицинском учреждении за безопасность услуги помимо лечащего врача ответственность несет должностное лицо в рамках своих полномочий. Анализ должностных преступлений, связанных с оказанием медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности, выходит за рамки данной статьи.

Объектом преступления, предусмотренного ст. 238 УК является охраняемое уголовным законом здоровье пациентов вообще, а также жизнь и здоровье конкретного человека, обратившегося за медицинской услугой. В силу этого ч. 1 ст. 238 УК предусмотрено преступление с формальным, а ч. 2 и 3 – с материальным составом. Следовательно, для применения ч. 1 ст. 238 УК достаточно установления факта оказания медицинской услуги (медицинской помощи), не отвечающей требованиям безопасности. Уголовное же преследование по ч. 2 и 3 ст. 238 УК возможно лишь при установлении причинно-следственной связи между смертью пациента (или нескольких пациентов) либо возникновением у него (у них) тяжкого вреда здоровью и оказанной медицинской услугой в той части, которая не отвечала требованиям безопасности.

В адаптированном для целей анализа виде название статьи имеет такую редакцию: «Оказание медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности».

О границах применения статьи 238 УК. Само по себе понятие «безопасный» понимается в русском языке, как не способный вызвать какой-либо вред. Следовательно, уголовная ответственность устанавливается за действие врача при оказании медицинской услуги, которое способно вызвать вред здоровью и жизни пациента. В таком случае, следует считать, что закономерный исход патологического процесса, который не был предотвращен в силу неоказания медицинской услуги не образует состава преступления, предусмотренного ст. 238 УК.

О безопасности медицинской услуги для жизни и здоровья пациента. Общеизвестно, что в ряде случаев оказание медицинской помощи сопряжено с неизбежностью и (или) вероятностью причинения некоторого вреда здоровью пациента. Отвечают ли такие медицинские услуги требованиям безопасности?

Для ответа на этот вопрос следует вспомнить, что здоровье человека рассматривается как объект права только в случае, когда его умаление (т.е. ухудшение) приводит к ограничению конституционных прав и свобод человека (право на труд, например) или невозможности несения конституционных обязанностей (членовредительство военнослужащего), либо прямо запрещено законом (прерывание беременности сверх установленных сроков при отсутствии соответствующих показаний). В иных случаях конституционно закрепленный примат интересов личности подразумевает право свободно распоряжаться собственным здоровьем. Именно на этом принципе базируется причинение врачом с согласия пациента неизбежного вреда его здоровью при выполнении ряда медицинских вмешательств. Иными словами, неизбежный вред здоровью, причиняемый с согласия пациента (если такой вред здоровью не сопряжен с уклонением от несения конституционных обязанностей либо прямо не запрещен законом) не представляет общественной опасности, а потому не подпадает под нормы уголовного кодекса. Причинение такого вреда не противоречит требованиям безопасности медицинской услуги.

Вероятный вред здоровью пациента при оказании медицинской услуги возникает либо в силу ограниченности возможностей превентивных мер, которые призваны не допустить возникновения такого вреда, либо из-за пренебрежения этими мерами со стороны врача. В свою очередь, ограниченность возможностей превентивных мер может быть обусловлена или современным уровнем развития медицины или конкретными условиями оказания медицинской помощи. Все эти обстоятельства учитываются при решении вопроса обоснованности риска при оказании медицинской услуги, которые изложены в ч. 1 и 2 ст. 41 УК (Обоснованный риск):

«1. Не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

2. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам».

Следовательно, поскольку обоснованный риск не является преступлением, само по себе его наличие, а равно и реализация события риска, не противоречит требованию безопасности медицинской услуги.

В качестве ремарки следует отметить, что при оказании медицинской услуги риск допустим лишь при согласии пациента (случаи невозможности волеизъявления, либо ограниченности дееспособности пациента в настоящее время оговорены в ст. 20 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства - Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

О медицинской услуге, как действии. Известно, что поводов для оказания медицинской услуги может быть несколько: оценка состояния здоровья (при проведении диспансеризации), необходимость устранения патологического процесса (т.е. лечебно-диагностические мероприятия), желание пациента в отсутствие патологического процесса (эстетическая медицина) или необходимость выполнения профилактических мероприятий (вакцинация, например).

Однако вне зависимости от повода технология медицинской услуги всегда состоит из двух последовательных этапов: выработки решения и реализации избранного решения.

Выработка решения осуществляется на основе анализа информации, которая предварительно собирается, что, безусловно, характеризуется, как «действие».

Реализация же решения подразумевает совершение определенной манипуляции либо воздержание от таковой.

При оказании медицинской услуги опасность для здоровья и жизни пациента может представлять как принятие решения, так и его реализация. Обсудим этот тезис более подробно.

Требование к безопасности действия (простого или сложного либо последовательности таких действий) при реализации избранного решения представляется вполне понятным. Необходимо лишь отметить, что требование безопасности – понятие общее, включающее в себя конкретные ограничения, условия и указания, которые содержатся и в формулировках нормативно-правовых актов, регламентирующих конкретные аспекты оказания медицинской помощи, и в аннотациях разработчиков лекарственных препаратов, предметов медицинского назначения или медицинской техники относительно их применения в практике; однако большей частью безопасность действий врача при оказании медицинской помощи пациенту основывается на обобщенном и осмысленном опыте, который и образует медицинскую науку. В качестве аргумента последнего утверждения следует вспомнить, что только комплекс знаний позволяет врачу выполнить, к примеру, полостную операцию, причиняя при этом наименьший неизбежный вред здоровью пациента и избежать риска причинения большего вреда; детальная нормативно-правовая регламентация подобного медицинского вмешательства просто невозможна. Именно это обстоятельство усматривается нами в необходимости лицензирования медицинской услуги.

Воздержание от действия - это прямое продолжение принятого решения – его реализация, т.е. элемент оказания медицинской услуги. В таком случае, и этот элемент не должен представлять опасности для здоровья и жизни пациента, которая при этом может реализоваться лишь вследствие естественного развития событий, обусловленных наличием патологического процесса. Следовательно, положения ст. 238 УК распространяются и на случаи закономерного исхода имеющегося болезненного процесса, однако лишь при условии, что такой исход стал возможен из-за принятого решения воздержаться от требовавшегося действия.

Наличие такого условия при оценке случая реализации имевшегося патологического процесса при оказывавшейся медицинской помощи необходимо в связи с тем, что, бездействие врача может быть обусловлено не только выработанным решением, но и его отсутствием.

Практическая важность разделения оснований бездействий врача видится в различии причинно-следственных отношений такого деяния с наступившим исходом.

Так, причинно-следственная связь между не совершением действия при оказании медицинской помощи из-за отсутствия выработанного решения и закономерным исходом имевшегося патологического процесса может быть установлена только в том случае, когда совершение надлежащего действия в имевших место обстоятельствах оказания медицинской услуги исключает наступивший исход. Если же исход надлежащего оказания медицинской помощи вероятностный, между ним и бездействием врача в конкретных обстоятельствах не может быть доказана причинно-следственная связь.

В случае, когда имевшийся патологический процесс реализовался из-за принятого врачом решения воздержаться от требовавшегося действия, следует полагать, что именно принятое решение не

отвечало требованиям безопасности, которое и состояло с необходимостью действия. В таком случае реализация имевшегося патологического процесса является следствием игнорирования превентивных мер. Следовательно, между нарушением требования безопасности и исходом патологии имеется причинно-следственная связь. К сходному выводу мы приходим и через анализ обоснованности риска при отказе от исполнения требования безопасности при оказании медицинской услуги. При этом следует обратить внимание на то, что практическое значение имеет не вероятностный прогноз исхода имевшегося болезненного процесса при совершении надлежащего действия, а принципиальная возможность недопущения наступившего исхода. При отсутствии возможности недопущения наступившего исхода патологии не может быть установлена причинно-следственная связь между нарушением требования безопасности и реализацией болезненного процесса. В этом случае факт оказания медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности, останется формальным составом преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 238 УК, а невозможность исключения исхода имевшейся патологии при соблюдении требований безопасности, очевидно, должно учитываться при вынесении решения по делу.

Таким образом, возможность применения ч. 2 ст. 238 УК в случае закономерного исхода имевшегося патологического процесса, реализация которого стала возможна из-за бездействия врача, на наш взгляд предопределяется решением вопроса о причине не совершения требовавшегося действия.

Содействием судебно-медицинского эксперта в установлении причины бездействия врача в конкретных обстоятельствах на наш взгляд является определение достаточности сведений для принятия решения о требовавшемся действии. Причем, само требование о совершении действия должно быть или прямо и однозначно сформулировано в нормативно-правовом акте, либо в аннотации производителя лекарственного средства или предмета (прибора, инструмента) медицинского назначения, либо в медицинской литературе, или следовать из общей технологии оказания медицинской услуги (сбор информации, ее оценка, выработка решения и его реализация), при которой реализация решения должна логически вытекать из анализа собранных сведений.

Подведем итоги:

1. Действие ст. 238 УК проецируется на медицинскую помощь и требует безопасности медицинской услуги.
2. Безопасной должна быть именно медицинская услуга, а не ее отсутствие.
3. Требование безопасности медицинской услуги основано на положениях нормативно-правовых актов, аннотациях производителей лекарственных препаратов, предметов медицинского назначения, аппаратов и инструментов, а также общепринятых положениях медицинской науки.
4. Возможность уголовного преследования врача за его бездействие при наступлении закономерного исхода имевшейся патологии предопределяется двумя моментами:
 - наличием четких и однозначных требований совершения определенного действия;
 - наличием оснований для совершения требуемого действия в конкретных обстоятельствах оказания медицинской помощи.

Ануприенко С.А., Морозов Ю.В.

НЕСМЕРТЕЛЬНЫЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ

В Г. КРАСНОДАРЕ (сообщение 1)

*Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
ГБУЗ «Бюро СМЭ», Краснодар*

Автодорожная травма занимает ведущее место в структуре механической травмы. По официальным данным ГИБДД, в 2013 г. в России произошло 204068 дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в которых получили повреждения 258437 человек, погибло 27025 человек. За этот же период в Краснодарском крае зарегистрировано 7026 ДТП, при которых ранено 8203 человека, каждый седьмой человек получал повреждения несовместимые с жизнью (всего скончались 1348), в то время как в целом по России при ДТП погибал один из десяти пострадавших. Социально-экономический урон, нано-

симый дорожно-транспортным травматизмом, трудно переоценить, неспроста его называют «небоевым травматизмом мирного времени».

По частоте инвалидизации в трудоспособном возрасте от дорожно-транспортного травматизма Россия прочно удерживает лидирующее положение в мире. Помимо ущерба, наносимого жизни и здоровью людей, он приводит к значительным экономическим потерям, вызванным временной и постоянной утратой трудоспособности, затратами на медицинскую помощь и реабилитационные мероприятия. Изучение данной литературы показывает, что основными причинами автомобильного травматизма являются быстрая езда (30%) и нетрезвое состояние водителей (от 25 до 50%), причем нередко виновниками ДТП являются пешеходы (около 30%).

Нами поставлена задача проанализировать несмертельную дорожно-транспортную травму с целью выявления особенностей в ее назначении и проведении, характера повреждений и оценки причиненного вреда здоровью.

Материалом для исследования послужили «Заключения эксперта» и «Акты судебно-медицинских освидетельствований» архива отдела судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ГБУЗ «Бюро СМЭ» в отношении лиц, пострадавших при ДТП на территории города Краснодара в 2013 году. Анализ показал, что в указанный период времени зарегистрировано 1745 случаев несмертельной транспортной травмы, из них 1669 пришлось на долю автодорожной, что составило более четверти (25,8%) всех пострадавших от механических повреждений. На долю мужчин пришлось 56,8%, женщин - 43,2%.

В 82,4% по поводу полученных в ДТП повреждений правоохранительными органами назначалась судебно-медицинская экспертиза, причем 87% из них - в рамках административного судопроизводства, в 13% - уголовного; в 17,6% проводились судебно-медицинские освидетельствования по направлению правоохранительных органов или самостоятельному обращению пострадавших.

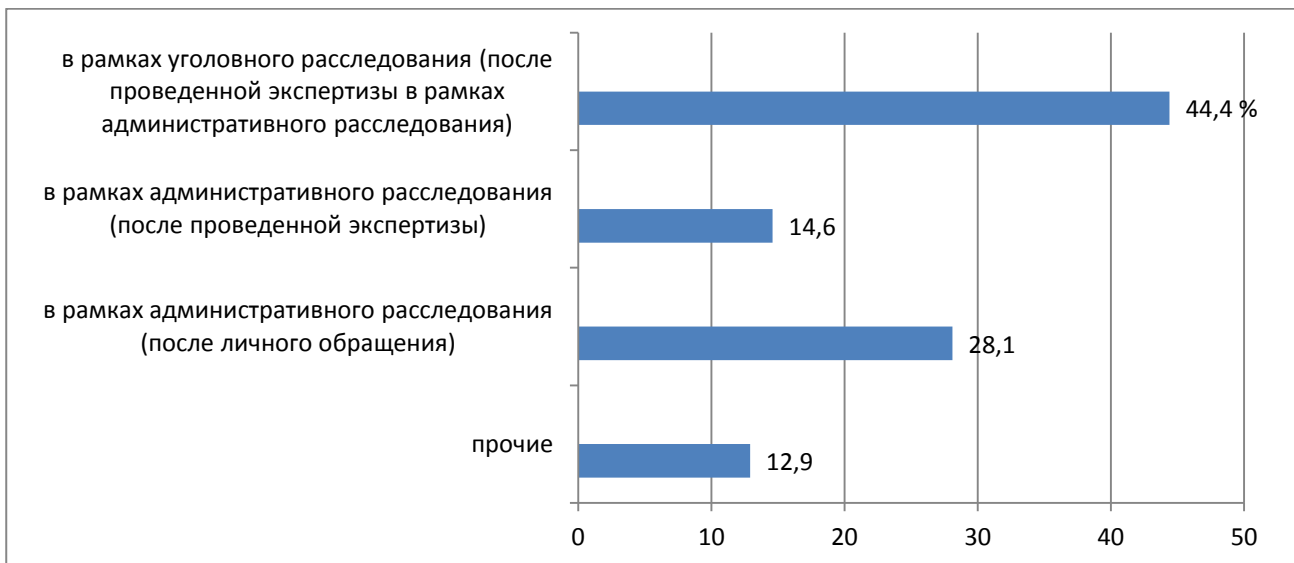


Рис 1. Случаи повторной регистрации пострадавших при автодорожной травме.

При анализе архивного материала оказалось, что количество реально пострадавших при ДТП в компьютерной базе данных бюро СМЭ на 171 человек меньше количества зарегистрированных экспертиз и исследований (освидетельствований), что связано с неоднократностью проведения экспертных исследований в отношении одного и того же лица, обусловленной различными обстоятельствами. Самой частой причиной являлась ситуация, когда по результатам экспертизы, проведенной в рамках административного расследования, пострадавшему устанавливался тяжкий вред здоровью и у инспектора ГИБДД имелись основания для передачи материалов дела следователю, которым выносилось постановление о проведении судебно-медицинской экспертизы в отношении этого же лица, но уже в рамках уголовного судопроизводства.

При проведении экспертиз практически в каждом пятом случае – 359 (20,5%) для ответа на поставленные вопросы эксперту приходилось запрашивать дополнительные материалы. Как правило, этими материалами являлись медицинская документация – карты стационарного и амбулаторного больного, карты приемного отделения больниц, рентгенограммы и компьютерные томограммы.

Несвоевременное предоставление или отказ в предоставлении запрашиваемых материалов затягивало сроки проведения экспертиз, приводило к возврату определения (постановления) без исполнения экспертизы или без решения вопросов, поставленных перед экспертом (зависит от тактики эксперта – если до удовлетворения запроса экспертиза без движения, то возврат, если исследовательская часть экспертом выполнена, но необходимые дополнительные материалы не представлены, то заключение эксперта, как правило, направлялось назначившему экспертизу лицу без решения тех вопросов, на которые эксперт не мог дать основанный на объективных данных ответ). Через некоторое время инспектор ГИБДД, как правило, вновь назначал экспертизу с предоставлением всех необходимых материалов, что приводило к повторной регистрации в базе данных получившего ранения при ДТП (14,2%).

Нередкими являлись случаи, когда граждане, пострадавшие при ДТП проходили освидетельствование в порядке личного обращения быстрее, чем назначалось проведение судебно-медицинской экспертизы в их отношении (28,1%).

Ануприенко С.А., Морозов Ю.В.

НЕСМЕРТЕЛЬНЫЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ

В Г. КРАСНОДАРЕ (сообщение 2)

*Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
ГБУЗ «Бюро СМЭ», Краснодар*

Анализ полученных пострадавшими в результате ДТП в 2013 г. в г. Краснодаре характера повреждений и оценки причиненного вреда здоровью проводили по следующим возрастным группам: грудной возраст - до 1 года, раннее детство - от 1 до 2 лет, первый период детства - от 3 до 7 лет, второй период детства - от 8 до 12 лет (муж.); от 8 до 11 лет (жен.), подростковый возраст - от 13 до 16 лет (муж.); от 12 до 15 лет (жен.), юношеский возраст - от 17 до 21 года (муж.); от 16 до 20 лет (жен.), зрелый возраст, первый период - от 22 до 35 года (муж.); от 21 до 35 лет (жен.), зрелый возраст второй период - от 36 до 60 лет (муж.); от 36 до 55 лет (жен.), Люди пожилого возраста — от 61 до 75 года (муж.); от 56 до 75 лет (жен.), старческий возраст - от 76 до 90 лет (рис. 1).

Как видно из рис. 1, наибольшее количество пострадавших оказалось среди лиц зрелого возраста, при этом доля мужчин составила 72,6%, женщин - 61%. На категории юношеского возраста и пожилых лиц пришлось приблизительно равное число пострадавших - 24,4% и 20,2%, однако если в первой категории соотношение пострадавших юношей и девушек незначительно отличалось друг от друга (13,5% и 11,4%), то доля пострадавших женщин пожилого возраста оказалась значительно выше, чем мужчин - более чем в три раза - 15,5% и 4,7% соответственно. По достижении 75-летнего возраста количество пострадавших мужчин оказалось в 4,5 раза меньше женщин, что, по нашему мнению, может быть в определенной степени обусловлено более низким уровнем продолжительности жизни у лиц мужского пола.

В каждом пятом случае (19,6%) у пострадавших в ДТП выявлялись повреждения (ссадины, кровоподтеки, поверхностные раны) не причинившие вред здоровью; легкий вред здоровью устанавливался в 24,6% случаев, вред здоровью средней тяжести – в 20,6%, тяжкий вред здоровью – в 24,2%. В 8% случаях при проведении экспертизы вопрос о тяжести вреда здоровью решить не представлялось возможным ввиду отсутствия медицинских документов, скудности или противоречивости данных медицинской документации, отсутствия в них результатов инструментальных и лабораторных методов исследований, необоснованности диагнозов и сроков лечения повреждений; в 35 случаях у пострадавших каких-либо повреждений не обнаружено.

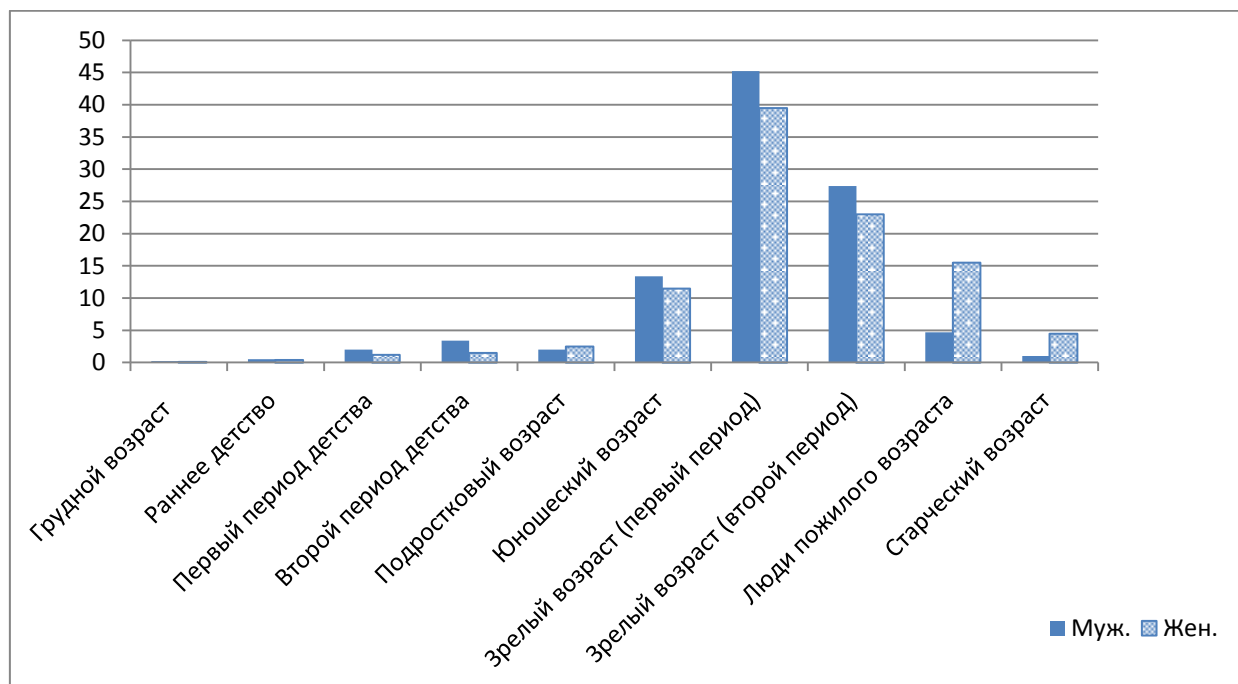


Рис. 1. Возрастная характеристика пострадавших в ДТП в 2013 году.

Установленный при экспертизе (освидетельствовании) потерпевших причиненный им в результате ДТП происшествий вред здоровью представлен на рис. 2:

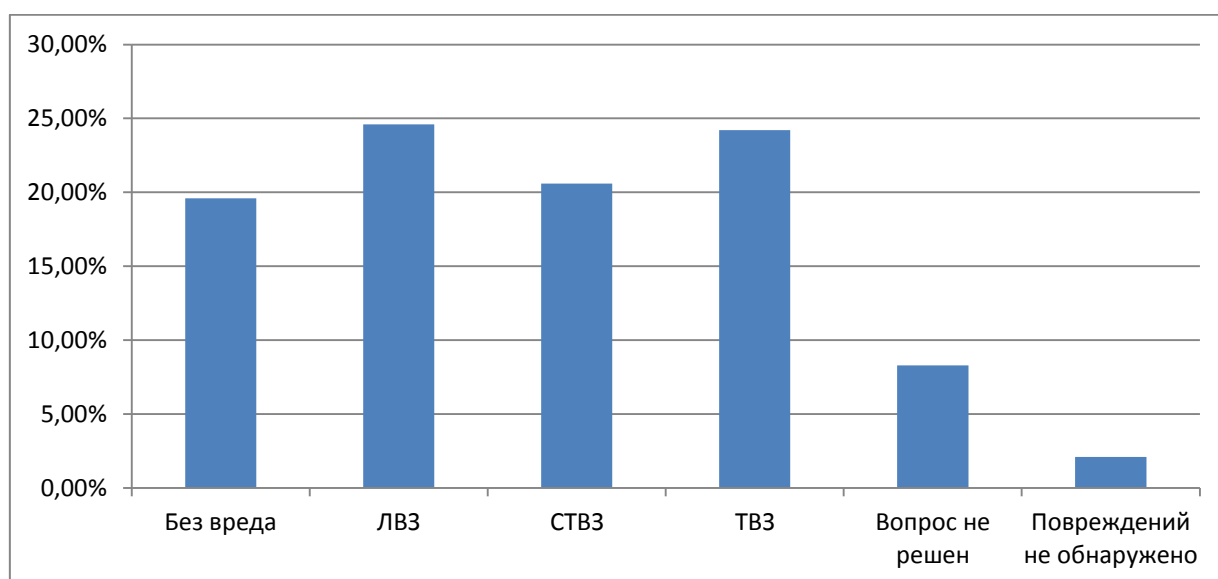


Рис. 2. Оценка тяжести вреда здоровью у пострадавших в ДТП в г. Краснодаре.

Из него видно, что примерно у равного числа пострадавших определены тяжкий и легкий вред здоровью; несколько меньше, но почти в одинаковом соотношении оказались группы средней тяжести причиненного здоровью вреда и его отсутствия. Более чем в 8% случаев вопрос об экспертной оценке причиненного вреда решен не был по выше описанным причинам.

Особенно большую тревогу, озабоченность и общественный резонанс вызывает детский дорожно-транспортный травматизм. Так, в 2013 г. 21148 случаев ДТП произошло с участием детей; при этом 872 ребенка погибли, а 22407 получили различного рода травмы. В Краснодарском крае за этот период зарегистрировано 593 ДТП с участием детей и подростков в возрасте до 16 лет, в результате

которых 41 юный участник дорожного движения погиб, а 605 получили травмы различной степени тяжести.

Из общего числа получивших повреждения при ДТП в 2013 г. в г. Краснодаре на долю детей приходилось более 10% (176 человек), 58,5% из которых являлись мальчиками. В качестве пешеходов пострадали 43,6% детей, травмы в салоне автомобиля получили 29,5%, водителями мопеда являлись 10,9% пострадавших, 5,8% составили велосипедисты; в 9,6% случаев вид ДТП по имеющимся в судебно-медицинской документации весьма кратким сведениям установить не удалось. Прослеживалась определенная сезонность детского дорожно-транспортного травматизма: количество травм возрастало весной и осенью, составляя соответственно 29,9% и 31,4%, зимой и летом пострадали 13,3% и 25,4%. Пик травматизма пришелся на май – 16% случаев, наименьшее число - 1,3% случаев - зарегистрировано в январе. Самым травмоопасным днем недели являлся четверг – 18,8% случаев, наиболее «благополучным» - среда (11,2% случаев).

При изучении характера повреждений у детей выявлено, что частота черепно-мозговой травмы (сотрясение и ушиб головного мозга) составила у пострадавших детей-пешеходов 33,8%, у пассажиров автомобилей - 32,6%, у водителей мопедов и велосипедистов - 53% и 55,5% соответственно. Переломы костей черепа выявлены в 10% случаев; при этом свода и основания - в 4,3%. У водителей мопедов и велосипедистов они встречались значительно чаще – в 23,5% и 22,2%. Переломы верхних конечностей у пешеходов встречались гораздо чаще – 39,7% против переломов нижних конечностей (11,8%); при этом большая часть (27,9%) приходилась на переломы костей предплечья.

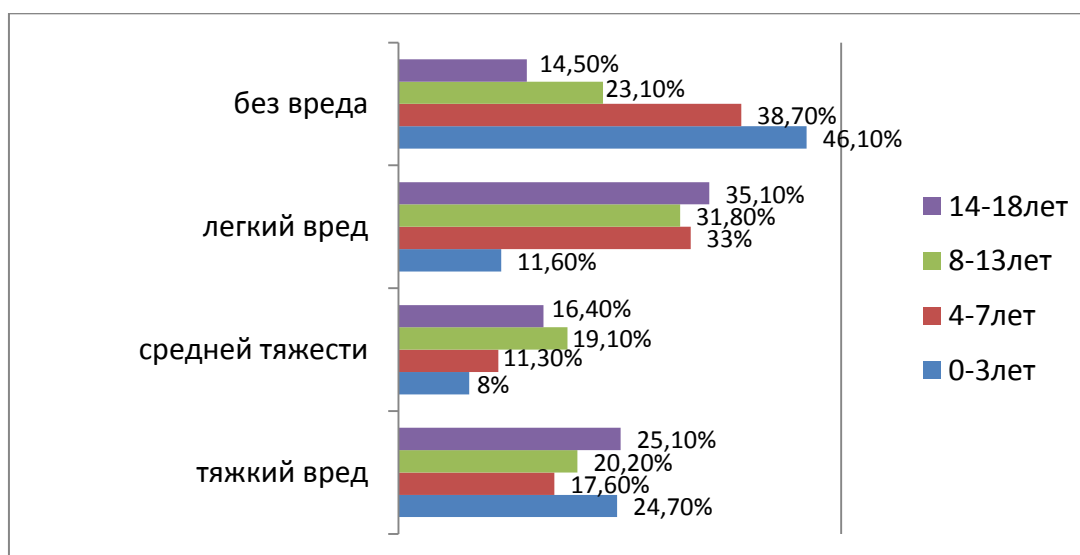


Рис. 3. Экспертная оценка вреда здоровью у пострадавших в ДТП детей.

Несмотря на то, что с 2008 года правительством Российской Федерации разработаны и приняты программы, направленные на снижение количества дорожно-транспортных происшествий, проводится работа на законодательном уровне по ужесточению уголовной и административной ответственности (увеличение размеров денежных штрафов за нарушения ПДД, усиление контроля соблюдения ПДД) и др., неутешительная статистика дорожно-транспортного травматизма требует усиления проводимых в данных направлениях мероприятий.

Для решения специальных вопросов о тяжести причиненного вреда здоровью в результате полученных в ДТП повреждений, установления важных для расследования обстоятельств и механизмов травмнеобходима организация более четкой и слаженной работы правоохранительных органов, медицинских организаций в своевременном предоставлении эксперту всех необходимых материалов, содержащих подробную информацию о характере повреждений и клиническом диагнозе, основанном на данных объективного клинико-инструментального обследования.

Белоусова О.Д., Толмачев И.А.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ:
ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

*Кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург,*

На сегодняшний день достигнуты определенные успехи морфологической диагностики давности образования повреждений приразличного рода внешних травмирующих воздействиях. Оценочным критерием при этом является морфологическая характеристика воспалительных и репаративных процессов в зоне повреждения. Однако опираясь на фундаментальные знания о скорости развертывания данных процессов, врачи-гистологи и поныне предпочитают уходить от аргументированного ответа на вопрос о давности образования повреждений, а заключения по данному вопросу зачастую имеют вероятностный характер или основаны на предположениях.

Данная позиция обусловлена четким пониманием того, что на морфологическую картину повреждения оказывают влияние различные факторы. В современной литературе имеются сведения о влиянии на скорость развития и степень выраженности реактивных процессов в организме следующих факторов: характера повреждения (вида, силы и длительности воздействия травмирующего агента, локализации и размеров повреждения), окружающей среды, оказываемой медицинской помощи, общей и местной сопротивляемости организма.

На наш взгляд, чрезвычайно важным при проведении научных исследований, направленных на решение данного вопроса, является оценка влияния на морфологическую картину повреждения такого фактора, как состояние иммунитета, в частности, иммунного статуса организма пострадавшего.

Под иммунитетом понимают функцию иммунной системы (лимфоцитов), состоящую в распознавании поврежденных тканей (в норме – отживших клеток, при инфекциях и травмах – тканей, поврежденных патогеном) и наведении на них механизмов окончательной деструкции и элиминации из организма. Характеристику состояния иммунной системы организма, выраженную качественными и количественными показателями ее компонентов, называют иммунным статусом.

Наряду с первичными иммунодефицитами, диагностируемыми в детском возрасте, имеется группа вторичных иммунодефицитов, появляющихся в процессе жизни человека по самым разным причинам в результате воздействия на организм различных повреждающих факторов. Этими повреждающими факторами могут являться: механическая травма, термические воздействия, хронические заболевания, длительный стресс, не полностью излеченные острые бактериальные и вирусные инфекции, заболевания печени и почек (органов, обеспечивающих детоксикацию организма), неблагоприятная экологическая обстановка (загрязнение воды, воздуха и т. д.), нарушения питания (нерациональные диеты, вызывающие нарушения обмена веществ, голодание), радиация, неправильно подобранные лекарственные средства и многие другие. Также изучены и временные нарушения иммунитета, вызывающие иммунодефицитное состояние. Они могут быть связаны с сезонными явлениями (снижением солнечной активности или повышенной инсоляцией, влажной погодой и др.).

Исходя из классических представлений, в тканях в качестве ответной реакции на механическое повреждение развивается воспаление, проходящее несколько фаз своего развития: альтерацию, эксудацию и последующую за ними пролиферацию. Не останавливаясь на общеизвестных признаках каждой из них и не обсуждая трудности дифференциальной диагностики временных параметров рассматриваемых процессов, хотелось бы остановиться на одном из существенных, на наш взгляд, моментов.

Как известно, первоначально при повреждении развивается доиммунное воспаление, при котором в покровных тканях выделяются цитокины и хемокины, активирующие дендритные клетки и эндотелий сосудов. Дендритные клетки, в свою очередь, поглощая патоген, экспрессируют поглощенные и частично расщепленные патогены на своей мембране, и в периферических регионарных лимфоидных органах вступают во взаимодействие с Т-лимфоцитами. С этого распознавания собственно и начинается иммунный ответ или иммунное воспаление. В иммунное воспаление лимфоциты вовлекают для де-

струкции все виды лейкоцитов – нейтрофилы, базофилы, эозинофилы, моноциты, тучные клетки. При этом разные типы лимфоцитов имеют в качестве «партнеров» разные типы лейкоцитов.

Исходя из вышесказанного, мы пришли к возможности сформулировать гипотезу о том, что одним из ведущих факторов, определяющим скорость (темп) и выраженность (степень) развития реакций на повреждение, является иммунный статус пострадавшего.

Таким образом, представляется очевидной необходимость проведения научных исследований, направленных на решение вопросов дифференциальной диагностики давности образования повреждений с учетом иммунного статуса организма пострадавшего.

Белых А.Н.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ, ОБРАЗОВАВШИХСЯ ОТ УДАРОВ НОГАМИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*Кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург*

Среди травм от ударов нижними конечностями, описанных в литературе, преобладают повреждения от ударов стопой обутой ноги (Барон В.А., 1966; Законов В.А., 1972; Корсаков С.А., Волох Д.Ю., 1999; Мурашев Е.В., 1982; Прозоровский В.И., Левченков Е.Д., 1964 и др.). Реже отмечались повреждения от ударов коленом (Лаврентюк Г.П., Лаврентюк А.П., Токарева И.М., 1988; Heiss F., 1960 и др.).

Судя по расположению наружных повреждений и переломов, удары, повлекшие ЧМТ, наносились как в лицевую, так и в волосистую часть головы (Адрианов А.Д., 1957; Будрин Ю.П., 1965; Kreff S., 1955; и др.). В местах ударов выявлялись вдавленные переломы лобной, височной и теменной костей, переломы внутренней стенки глазницы, ушибленные раны в лобной области, в области верхнего века, спинки носа, отслоение мягких тканей от свода черепа (Krticka M., Napravnik M., 1957; Specht H., 1940; Walcher K., 1936 и др.).

Меняются ли, совершенствуются методика, условия обучения, тренировки, стратегия и тактика невооруженной борьбы в зависимости от предназначения обучаемого контингента, исходного уровня подготовки (в т.ч. «моды» на распространение популяризируемых видов единоборств), поставленной задачи и прогнозируемых условий её выполнения - статистика клинических и морфологических проявлений (в их сочетании) травм, причиненных действиями невооруженного человека может со временем меняться, что требует периодического и регулярного мониторинга с целью подтверждения, оценки и/или переоценки их диагностической ценности, а также пополнения базы данных.

Поскольку современная комплексная судебно-медицинская диагностика механизмов повреждений, причиняемых травмирующими действиями невооруженного человека в целом немыслима без применения методов вычислительной диагностики в данной статье мы рассмотрим распределение локализации «контактных» повреждений мягких тканей головы, образовавшихся от ударов ногами, что может быть положено в основу определения диагностических коэффициентов с целью дифференциации происхождения конкретной травмы от удара ногой и/или иного способа невооруженной борьбы. «Контактные» (на месте травмирующего воздействия) повреждения в совокупности с остальными проявлениями травмы могут отображать вид воздействия, групповые и индивидуальные характеристики поверхности травмирующего объекта.

В комплексной дифференциальной диагностике происхождения травм от различных травмирующих воздействий невооруженного человека немаловажное значение имеют данные о распределении контактных повреждений «мягких тканей» тела человека в зависимости от их морфологических проявлений и локализации в пределах поврежденной части тела.

Места (участки) расположения повреждений мягких тканей головы	Виды повреждений мягких тканей				Σ	
	Кровоизлияния	Раны	Ссадины	Тр. отек мягких тканей	абс.	%
Лобная о.	48	35	35	-	118	14,27
Лобно-височная о.	-	-	2	-	2	0,24
Лобно-теменная о.	8	1	-	-	9	1,09
Теменная область	32	29	3	-	64	7,74
Затылочная область	26	7	4	-	37	4,47
Затылочно-теменной	1	2	1	-	4	0,48
Височно-теменно-затылочный	2	-	-	-	2	0,24
Височно-скуло-подглазничный	8	-	-	-	8	0,97
Лобно-височно-скуловой	9	-	-	-	9	1,09
Височная область.	-	11	3	-	14	1,69
Сосцевидная область	9	-	3	-	12	1,45
Почти 1/2 поверхности лица	-	-	-	1	1	0,12
Височно-скуловая	-	-	1	-	1	0,12
Ушная раковина	15	16	-	-	31	3,75
О. брови	2	27	-	-	29	3,51
О. глаз (-а), в т. ч.:	101	-	8	-	109	13,18
верхнее веко	-	10	-	-	10	1,21
нижнее веко	-	8	-	-	8	0,97
наружный угол глаза	-	1	-	-	1	0,12
внутренний угол глаза	-	3	-	-	3	0,36
Глазнично-скуловой участок	-	-	1	-	1	0,12
Нос	13	39	13	-	65	7,86
Скуловая область.	9	10	18	-	37	4,47
Щека	20	10	-	-	30	3,63
Щека+нос+губа (-ы)	-	-	23	-	23	2,78
Область верхней челюсти	1	1	-	-	2	0,24
Верхняя губа	25	51	1	-	77	9,31
Верхняя десна	-	1	-	-	1	0,12
Нижняя губа	30	38	4	-	72	8,71
Нижняя десна	3	2	-	-	5	0,60
Область нижней челюсти	19	13	9	-	41	4,96
Язык	-	1	-	-	1	0,12
Σ	381	316	129	1	827	
%	46,07	38,21	15,60	0,12		100,00

В собранном и изученном нами экспертном материале среди всех травм, причиненных невооруженным человеком повреждения с существенным расстройством здоровья, в т.ч. и со смертельным исходом, составили 43,97%. Чаще травмировалась голова – 49,6%. Травма от ударов обутой стопой составила 26,1%, а случаи со смертельным исходом в этой выборке составили 26,6%.

Как следует из таблицы, среди всех повреждений мягких тканей головы, образовавшихся в результате ударов обутой стопой ноги по голове преобладают кровоизлияния (кровоподтеки) – 46,07%, реже наблюдаются ушибленные раны – 38,2%, ссадины – 15,6%, очаговый травматических отек мягких тканей (при отсутствии ран, ссадин, кровоподтеков) – 0,12%. Большая часть повреждений располагались в лицевой части головы – 66,2%, реже – в волосистой части – 33,73%.

Приведенные данные могут быть успешно использованы, наряду с другими характеристиками повреждений, причиненных невооруженным человеком для комплексной оценки возможности (или не-

возможности) возникновения конкретной травмы от конкретных повреждающих действий невооруженного человека в условиях заданной альтернативы.

Божченко А.П.

К ВОПРОСУ О МЕТОДОЛОГИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА, В СЛУЧАЕ ПНЕВМОТОРАКСА

Кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Пневмоторакс (от греч. *πνεῦμα* - дуновение, воздух; *θώραξ* - грудь) - состояние, характеризующееся скоплением воздуха (газа) в плевральной полости между листками висцеральной и париетальной плевры. С судебно-медицинской точки зрения, это патологическое состояние, представляющее опасность для жизни, в силу чего однозначно квалифицирующееся как тяжкий вред здоровью. Кажущаяся простота судебно-медицинской оценки данного состояния скрывает ряд методологически важных аспектов, недооценка которых может приводить к экспертным и, как следствие, правовым ошибкам: подтверждение наличия или отсутствия пневмоторакса, установление его травматического происхождения, конкретного механизма образования и давности, определение наличия и вида причинно-следственной связи с конкретным травмирующим воздействием, квалификация степени тяжести вреда здоровью с учетом сопутствующей патологии и индивидуальных особенностей организма. Как показывает анализ экспертного материала, многие, а нередко и все эти аспекты рассматриваемого вопроса оказываются без должной судебно-медицинской аргументации, что является нарушением фундаментальных требований к заключению эксперта (обоснованность выводов и пр.).

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в соответствии с «Правилами...» и «Медицинскими критериями...». Основными установками при этом являются необходимость учитывать только вред, причиненный здоровью человека, вызванный травмой и причинно с ней связанный (п. 9 «Правил...», п. 15 «Медицинских критериев...»), исключая предшествующие травме заболевания либо повреждения части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией (п. 23 «Медицинских критериев...»), не принимая во внимание ухудшение состояния здоровья, вызванное сопутствующей патологией и индивидуальными особенностями организма (п. 24 «Медицинских критериев...») и/или обусловленное дефектами оказания медицинской помощи (п. 25 «Медицинских критериев...»). Когда идет речь о причинной связи, имеется в виду прямая (закономерная) причинно-следственная связь – это следует из анализа общего содержания «Медицинских критериев...», а также «Комментариев...» к «Правилам...» (заметим, что существование комментариев, равно как и других форм разъяснения по применению «Правил...», прямо предусмотрено п. 2 Постановления Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении правил...»).

С точки зрения оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в случае травматического пневмоторакса значение имеет, прежде всего, наличие следующих двух медицинских критериев по п. 6.1 «Медицинских критериев...» («вред здоровью, опасный для жизни, создающий непосредственную угрозу для жизни» - тяжкий вред здоровью). Первый критерий (п. 6.1.9) связан с проникающим характером повреждения и применим в случае снаружи открытого или клапанного пневмоторакса – рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость. Второй критерий (п. 6.1.10) связан с закрытым повреждением внутреннего органа и применим, как правило, к закрытому пневмотораксу, а в ряде случаев и к кнутри открытому или клапанному пневмотораксу – разрыв легкого, бронхов, грудного отдела трахеи. Выбор в конкретной ситуации того или иного критерия должен производиться исходя из возможности его объективного подтверждения имеющимися в распоряжении эксперта данными.

В некоторых случаях при недоказанности пневмоторакса (например, вследствие неполноты первичного обследования пострадавшего, позднего обращения за медицинской помощью, противоречивости результатов примененных методов исследования и т.п.), но при наличии других признаков травмы, закономерного возникновения и течения травматической болезни оценка вреда здоровью может быть дана по п. 6.2 «Медицинских критериев...» («вред здоровью, опасный для жизни человека,

вызывающий развитие угрожающего жизни состояния» - тяжкий вред здоровью), а именно: по п. 6.2.1 (шок тяжелой (III-IV) степени), п. 6.2.3 (острая, обильная, или массивная кровопотеря), п. 6.2.4 (острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени), п. 6.2.6 (острая дыхательная недостаточность тяжелой степени) и п. 6.2.7 (гноино-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона). Либо же, при особых обстоятельствах получения травмы, по п. 6.2.10 (последствия воздействия высокого или низкого атмосферного давления – баротравма легких).

В силу неисчерпаемости разнообразия экспертных ситуаций, возможно применение и других критериев: стойкая утрата общей трудоспособности: значительная, более 30% (тяжкий вред здоровью) - п. 6.11 «Медицинских критериев...» и п. 38-в (резко выражено уменьшение дыхательной поверхности легкого, ателектаз, нагноительные процессы с развитием легочной недостаточности), п. 39 (удаление части легкого) и п. 40 (удаление легкого) «Таблицы процентов утраты общей трудоспособности...»); значительная, от 10 до 30% (средней тяжести вред здоровью) - п. 7.1 «Медицинских критериев...» и п. 38-а, 38-б «Таблицы процентов утраты общей трудоспособности...» (умеренно или значительно выраженное уменьшение дыхательной поверхности легкого, ателектаз, нагноительные процессы с развитием легочной недостаточности); временное нарушение функций органов и систем - длительное расстройство здоровья, более 21 дня (средней тяжести вред здоровью) – п. 7.1 «Медицинских критериев...»; кратковременное расстройство здоровья, до 21 дня (легкий вред здоровью) – п. 8.1.

Если объективное подтверждение будет дано только поверхностным повреждениям (ссадинам, кровоподтекам, поверхностным ранам и т.п.), может быть установлен только факт травмы, при отсутствии причинения вреда здоровью (п. 9 «Медицинских критериев...»).

В связи с оценкой степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека в случаях пневмоторакса, нельзя не остановиться на не безупречности закрепленного в «Медицинских критериях...» положения о том, что травматический пневмоторакс представляет собой абсолютный критерий такого квалифицирующего признака тяжкого вреда здоровью, как «вред, опасный для жизни человека» - без учета его вида, происхождения, объема и осложнений. Если для открытого и клапанного пневмоторакса это действительно справедливо (проникающий характер ранения грудной клетки либо непроникающий, но с повреждением и легкого, и крупного бронха), то для закрытого пневмоторакса это далеко не так. Малый первично закрытый травматический пневмоторакс, так же как и спонтанный пневмоторакс, в подавляющем числе случаев имеет благоприятный прогноз. Разрыв легочной ткани при нем небольшой, зачастую минимально выраженный, к тому же он тут же закрывается за счет давления на область разрыва появившегося в плевральной полости воздуха. Небольшой объем пневмоторакса не вызывает смещение средостения. В последующем воздух быстро рассасывается и сам по себе угрозу для жизни не создает. Из-за отсутствия сообщения с внешней средой не присоединяются инфекционные осложнения.

Надо отметить, что прежние «Правила...» (1978) закрытые повреждения «органов грудной или брюшной полости, полости таза, а также органов забрюшинного пространства» относили к опасным для жизни лишь при наличии угрожающих жизни явлений (то есть при развитии реальной опасности для жизни). Современные «Медицинские критерии...» содержат специальный раздел (п. 6.2), позволяющий сохранить имевшийся подход (оценивать пневмоторакс как вред, опасный для жизни человека, если он реально вызывает развитие угрожающего жизни состояния, то есть является действительно опасным).

Высказанное замечание верно и в отношении ряда других критериев, указанных в действующих «Медицинских критериях...», например: п. 6.1.10 – гемоторакс (без указания объема и источника кровоизлияния, а он может быть связан с закрытым повреждением грудной клетки, вовсе без повреждения ткани легкого, например, быть следствием разрыва париетальной плевры отломком сломанного ребра); п. 6.1.3 - внутримозговое кровоизлияние (без указания объема и локализации кровоизлияния, тогда как кровоизлияния сопровождают ушибы головного мозга любой степени, не только тяжелой или средней, но и легкой, оцениваемой, как правило, по совсем другим критериям; в тоже время эпидуральные и субдуральные кровоизлияния считаются почему-то, видимо в рамках уже другой логики, - опасными для жизни при наличии общемозговых, очаговых и стволовых симптомов).

Возможность корректировки «Медицинских критериев...» в отношении пневмоторакса, а именно возможность введения дифференцированного подхода к оценке степени вреда, причиненного здоро-

вью человека в результате развития пневмоторакса, обосновывается присутствием в «Медицинских критериях...» ряда примеров его успешного применения. Например, когда идет речь термических и иных ожогах, отморожениях, учитывается и глубина, и площадь поражений (п.п. 6.1.28, 6.1.29). В отношении шока, комы, острой сердечной, сосудистой и дыхательной недостаточности учитывается степень их выраженности (п.п. 6.2.1, 6.2.2, 6.2.4, 6.2.6). Относительно некоторых критериев дифференцированный подход представлен не в «Медицинских критериях...», а в «Комментариях...» к ним (что косвенно свидетельствует о признании его необходимости и правильности). Так, расстройства регионального и органного кровообращения, эмболия - газовая, жировая, тканевая, или тромбоземболия (п. 6.2.8), согласно разъяснениям, должны оцениваться как тяжкий вред здоровью только при определенной степени выраженности, с учетом локализации. Например, жировая эмболия легких умеренной, сильной и очень сильной степени представляет опасность для жизни, а очень слабой и слабой - такой опасности не представляет; в тоже время жировая эмболия мозга опасна для жизни при любой степени выраженности.

Дифференцированный подход оправдан не только относительно пневмоторакса, но и ряда других медицинских критериев. При позитивном отношении к подобным рекомендациям, продолжении дискуссии по ним на научной основе и, в конечном итоге, признании их, несомненно, должны последовать соответствующие поправки в нормативные правовые акты, что сделает «Медицинские критерии...» в целом более гармонизированным, соответствующим теории и практике судебной и клинической медицины документом.

Литература:

1. Приказ Минздрава СССР № 1208 от 11.12.1978 «О введении в практику общесоюзных «Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений».
2. Постановление Правительства РФ № 522 от 17.08.2007 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Российская газета, № 185, 24.08.2007.
3. Приказ Минздравсоцразвития № 194н от 24.04.2008 «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Зарегистрирован в Минюсте РФ, № 12118, 13.08.2008) // Российская газета, № 188, 05.09.2008.
4. Клевно В.А. Определение степени тяжести вреда здоровью. Применение Правил и Медицинских критериев. Ответы на вопросы / В.А. Клевно, И.Н. Богомолова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 136 с.

Божченко А.П.

К ВОПРОСУ О СОДЕРЖАНИИ ПОНЯТИЯ «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА»

Кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Врачебная ошибка представляет собой одну из важнейших категорий, необходимых для оценки правильности клинико-морфологического мышления врача. Как писал Н.И. Пирогов, «мы должны считать себя трижды счастливыми, если нам удастся в известной мере преодолеть ту или иную трудность при пользовании правилами врачебного искусства, постигнуть и преодолеть вкоренившийся предрассудок, расширить для наших сотоварищей узкую тропу, ведущую к истине. Но этого можно достигнуть... только в том случае, если тщательно изучить ошибки, допущенные нами при занятиях практической медициной, - более того, возвести их познание в особый раздел науки!».

В широком смысле слова, ошибка – погрешность, неправильность, неверность, промах, огрех; обмолвка, недоразумение; неумышленный проступок или невольное, ненамеренное, искажение чего-либо (Даль В.И., 1863-1866). Это также неправильное действие, поступок, мысль; допустить ошибку в чем-нибудь – поступить непреднамеренно, нечаянно, случайно (Ушаков Д.Н., 1935-1940).

Предполагается, что ошибка совершается непреднамеренно. И.В. Давыдовский (1928) и вовсе полагал, что она совершается добросовестно: «врачебная ошибка - добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, или в результате атипичного течения заболевания, или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживается элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества». Из этого определения следует уго-

ловная ненаказуемость за ошибку. Именно такое понимание врачебной ошибки закрепилось в медицине в XX веке (Бедрин Л.М., 1988; Акопов В.И., 1997). Уточняющая характеристика ошибки, как добро-совестной, введена, по всей видимости, осознанно. Само слово «ошибка» имеет более широкое токование – ошибка может быть следствием легкомыслия, небрежности и т.д. (то есть она может быть следствием недобросовестности), но И.В. Давыдовский и многие другие исследователи его поры предлагали врачебную ошибку понимать в более узком значении этого слова, исключая не только умысел (это само собой разумеется), как причину ее происхождения, но и неосторожность (легкомыслие, небрежность).

В медицинской литературе последних лет получило распространение расширительное толкование врачебной ошибки, что является отходом от ее первоначальной трактовки, предложенной И.В. Давыдовским, и, вместе с тем, возвращает нас к исконному значению слова «ошибка». Так, А.С. Димов (2008) полагает, что врачебная ошибка - это такая мысль врача и/или действие врача, которые не соответствуют действительности (реальным процессам у больного, на которые они направлены), то есть не истинны, ложны. По сути, это означает, что любые неправильные, несоответствующие истине действия являются ошибочными, независимо от их природы (исключая случаи намеренно неправильных действий – в таком случае они как раз-таки истинны, с точки зрения достижения цели, но сама цель противоположна той, на благо которой действует врач) и независимо от тех последствий, к которым они приводят. Они, в отличие от ошибки в понимании И.В. Давыдовского, могут быть как наказуемыми, так и ненаказуемыми. А.В. Тихомиров (1998) отмечал, что врачебная ошибка лишена уголовной ненаказуемости.

Врачебная ошибка, как и любая другая, может иметь еще и случайную природу, то есть она может появиться в результате случайного, неожиданного стечения обстоятельств. В словаре Д.Н. Ушакова (1935-1940) прямо указано, что допустить ошибку в чем-нибудь – значит поступить непреднамеренно, нечаянно, случайно. Само словосочетание «случайная ошибка» является устоявшимся и широко используется в науке и технике. По всей видимости, и И.В. Давыдовский допускал, что случайные неправильные действия следует трактовать в качестве оснований добросовестного заблуждения врача, то есть врачебной ошибки. Случайное действие лишено элемента вины и поэтому не влечет какой-либо юридической ответственности. Именно этот основной смысл закладывался И.В. Давыдовским в данное им определение врачебной ошибки.

Наряду с расширительным толкованием врачебной ошибки, в современной литературе встречаются рекомендации противоположного характера, в духе определения И.В. Давыдовского, направленные на ее более узкую трактовку (Буромский И.В., Кильдюшов Е.М., 2007; и др.): только как добросовестного заблуждения в суждениях и действиях, без элементов небрежности, невнимательности, профессионального невежества, самонадеянности (что предлагается оценивать как медицинский деликт, то есть виновное противоправное действие или бездействие) и исключая случайно допущенные недостатки в оказании медицинской помощи. Надо сказать, что данная точка зрения заслуживает внимания, поскольку в таком случае врачебная ошибка несет свое специфическое смысловое назначение, она не отождествляется с другими близкими понятиями (дефектом медицинской помощи, медицинским деликтом и казусом), не дублирует их и не подменяется ими. «Дефект» при таком подходе можно представить как множество, объединяющее «ошибку» и «деликт», отдельно рассматривается «случай».

Несмотря на искусственность (следствие классификационной целесообразности), что допустимо, когда речь идет о специальных терминах, рассмотрение «случая» в качестве самостоятельной от ошибки категории вполне логично. Действительно, если относить к ошибкам не зависящие от воли врача причины, то как можно утверждать, что врач ошибся, не достиг цели? Это, примерно, то же, что стрелять с завязанными глазами. В таком случае закономерен промах, а не попадание («стрелял не целясь»), и, скорее, попадание является случайным, а не промах. Если мы говорим об ошибочном действии врача, то в таком действии должна присутствовать воля и возможность ее реализовать, причем во вполне определенном направлении - в направлении достижения положительного результата (оказание помощи больному, облегчение его страданий). Как пишут С.Ю. Сашко и А.М. Балло (2001): «В случаях, когда неблагоприятное последствие для здоровья или жизни пациента наступило в силу не зависящих от воли врача причин... когда врач сделал все, что следовало сделать в данной конкретной ситуации, говорить о «врачебных ошибках» нецелесообразно».

Однако в этой логике есть и изъян. Дело в том, что ошибка, согласно определению этого слова, может быть невольной, нечаянной, случайной (Даль В.И., 1863-1866; Ушаков Д.Н., 1935-1940). В указанных выше примерах и высказывании мы исключаем ошибку не столько потому, что промах допущен случайно, сколько потому, что в этом случае стрелок, врач сделали все, что могли и как следовало, то есть в их мыслях и действиях не было признака неправильности, хотя неблагоприятное последствие и наступило. Мы имеем дело с несчастным случаем, казусом. Если бы мысли, действия были неправильными, то только тогда следовало бы говорить об ошибке (в том числе и случайной, необязательной – например, описка в дозе назначенного лекарственного препарата). Надо различать несчастный случай (например, злокачественная гипертермия при наркозе, как следствие генетического дефекта, который невозможно предусмотреть на данном этапе развития медицины) и случайную ошибку. «Врачебная ошибка - объективно неправильное предотвратимое действие (бездействие) врачей, которое способствовало или могло способствовать нарушению выполнения медицинских технологий, увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, риска возникновения нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов медицины и неудовлетворенности медицинской помощью потребителем» (Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А., 2007). Несчастный случай – это непредотвратимое последствие, неблагоприятный исход, развившийся при правильно проведенных мероприятиях, в результате неожиданного или случайного стечения обстоятельств (исход нельзя было предвидеть и предупредить с учетом современного состояния медицины).

Таким образом, осмысление содержания понятий «ошибка» и «врачебная ошибка» приводит нас к неоднозначному пониманию их сути, причем преимущественно в части касающейся «случайности» и «неосторожности» как возможной содержательной компоненты понятия «врачебная ошибка». В такой ситуации уместно принять во внимание меру специфичности данного понятия. Является ли оно общепотребительным или же оно узко специальное? По нашему глубокому убеждению, понятие врачебной ошибки общепотребительное (в крайнем случае, общемедицинское). Оно не используется в медико-организационной деятельности, в судебно-медицинской экспертизе. Правосудие не знает таких категорий и таких видов правонарушений как врачебная ошибка и, следовательно, и не использует таких понятий. В этой связи оно должно использоваться в медицинской среде в его широком смысле, близком к исконному значению слова «ошибка», включая содержательные компоненты «неосторожности» и «случайности», но исключая содержание понятия «случай», «казус». Такая точка зрения, надо отметить, в последние годы получает все большее распространение (Руксин В.В., 1997; Тимофеев И.В., 1999; 2014 и др.).

Божченко А.П., Теплов К.В.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО И ПАСПОРТНОГО ВОЗРАСТА

*Кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургское ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»*

Одной из актуальных проблем судебной медицины на протяжении многих лет остается диагностика возраста. Ставя перед экспертом вопрос о возрасте человека, следователь почти всегда подразумевает паспортный возраст; исключение могут составлять сравнительно редкие ситуации, когда для следствия интерес представляет соответствие внешнего облика пострадавшего (например, жертвы преступления сексуального характера) его паспортному возрасту. Важный вопрос, который должен задать себе эксперт: какой же возраст устанавливает он? Если биологический, то тогда он не отвечает прямо на поставленный вопрос (в случаях постановки его о паспортном возрасте). Если паспортный, то не выходит ли он в таком случае за рамки своей профессиональной компетенции (возможно ли, оценивая биологические признаки и буквально понимая слово «паспортный», делать вывод о том, что записано в паспорте)?

Календарный возраст (паспортный, хронологический, астрономический) – это временной отрезок от даты рождения человека до конкретной даты его установления, исчисляемый в годах, месяцах, днях и т.д. (то есть это абсолютный или безусловный возраст). Когда нас спрашивают, сколько нам лет, имеют в виду календарный возраст. Биологический возраст – это местоположение человека на определенном этапе онтогенетического развития, состояние его зрелости (старения) по сравнению со средне-статистическим уровнем, характерным для популяционной выборки людей того или иного конкретного календарного возраста (то есть это возраст относительный или условный). Биологический возраст имеют в виду, когда говорят о том, как или на сколько лет мы выглядим (старше своих лет, моложе и т.д.).

Биологический возраст адекватно выражается в условных возрастных периодах. Насколько короткими могут быть эти периоды, определяется сутью биологических закономерностей, лежащих в основе определения биологического возраста, информативностью биологических маркеров возраста, уровнем развития исследовательских технологий на данный момент времени, их чувствительностью. Условные года являются производными от хронологических лет, но не тождественными им (как по величине, так и по физической сущности). Выражаясь математическим языком, это два разных, вполне самостоятельных параметра x и x' , находящиеся в соотношении: $x' = f(x, y)$; где x' – биологический возраст, x – хронологический возраст, y – прочие, неучтенные, но влияющие на развитие и старение факторы и условия (например, ускоряющие, замедляющие и т.д.). Если хронологический возраст показывает, сколько человек прожил от момента рождения до момента исследования (время), то биологический возраст – это величина «пройденного пути», несомненно, зависящая от времени, но не только (расстояние).

Какой же возраст устанавливает эксперт? Очевидных вариантов ответа два: биологический или паспортный – и этот ответ должен быть указан в методике, которой руководствуется эксперт. Если биологический, то, кроме того, должно быть указано, какой именно: костный, зубной и т.д. – следствие гетеротопии и других закономерностей неравномерного развития (старения), а также унитарного характера имеющихся методик. Обзор различных практических пособий по судебно-медицинской диагностике данного признака обнаруживает, между тем, только такие варианты, как «биологический возраст» и «возраст» (Гладышев Ю.М., 1966; Неклюдов Ю.А., 1992; Федулова М.В. и др., 2006). Под возрастом предполагается, как само собой разумеющееся, биологический возраст, поскольку «оцениваются биологические признаки», «исследуются биологические закономерности». Это подтверждается и тем, что разработчики методик иногда (не всегда) дают рекомендации по «переводу» биологического возраста в календарный. По одной из таких рекомендаций, прогнозируемый календарный возраст располагается внутри интервала $\pm 1/6 - 1/8$ от среднего значения биологического возраста, установленного по модели» (Звягин В.Н., 2003).

Однако изложенная установка о диагностике биологического возраста небезупречна. Как было отмечено, условные года являются производными от хронологических лет, но не тождественными им. В клинической практике (например, в педиатрии, клинической геронтологии) разрабатываемые формулы для вычисления биологического возраста включают в себя не только маркеры развития (старения), но еще и показатели жизнеспособности, и календарный возраст. Используются возрастные маркеры не одной, а нескольких признаков систем (нескольких «слоев» возрастных процессов). Только в этом случае можно говорить о полной, интегральной, структурированной модели диагностики биологического возраста (Войтенко В.П., Полюхов А.М., 1986).

Важно также учитывать, что биологический возраст устанавливается в результате сопоставления уровня индивидуального развития (старения) со средним уровнем развития (старения) различных возрастных групп и определяется, в конечном итоге, хронологическим возрастом той группы, которой он соответствует в наибольшей степени. Когда эксперт имеет дело с качественными методиками определения возраста, он именно так и поступает: оценивает уровень индивидуального развития (старения) по предлагаемым биологическим маркерам и сравнивает полученные данные с «эталонными»; при этом в его распоряжении имеется и сам «эталон» (характеристики изменения биологических маркеров во времени, изложенные в методике). Так, например, обстоит дело, когда применяются качественные методики определения возраста по срокам появления молочных и постоянных зубов, по срокам зарастания швов черепа и т.п.

Несколько иная ситуация, когда эксперт имеет дело с количественными методиками, основанными на использовании методов математического моделирования. В таком случае совокупность индивидуальных возрастных признаков прямо не сопоставляется с эталоном – происходит непосредственное вычисление возможного (наиболее вероятного) диапазона значений календарного возраста. Иначе для создания количественной методики определения биологического возраста исследователь-разработчик должен был бы по отношению к каждому объекту исследования из исходной базы данных (например, по отношению к каждому черепу, если разрабатывается методика определения возраста по черепу) установить биологический возраст, и полученное значение биологического возраста уже использовать при выработке математической модели. Только в этом случае речь могла бы идти о вычислительной диагностике биологического возраста. Если же биологический возраст относительно исходных объектов исследования не устанавливался, и в исследовательскую базу данных были заложены значения календарного возраста, то и моделирование осуществляется относительно значений только календарного возраста, а значит и на выходе получается диагностическая модель определения календарного (не биологического!) возраста. С рядом допущений можно предположить, конечно, что вычисленное с помощью такой модели значение возраста - это календарный возраст той группы, которой по уровню своего развития (старения) соответствует обследуемое лицо, а значит это и есть биологический возраст. Но разве необходимое для такого заключения сопоставление индивидуальных значений признаков со значениями признаков различных возрастов было проведено?

Разброс диагностируемых по модели значений не есть признак того, что мы определяем биологический возраст (как антитеза тому, что календарный возраст, составляя разницу между временем рождения и временем фиксации признака, является всегда точным). Как раз наоборот. Это всего лишь признак погрешности модели и методики в целом. Должно быть странным, наверное, каждую ошибку при определении возраста, например, в 10-20 лет, что не редкость для имеющихся методик, относить к редким патологическим явлениям, например, гипо- или гипергерии. Большая часть различий в таких случаях определяется не разницей между биологическим и календарным возрастом, а погрешностью количественной методики. И где же здесь место биологическому возрасту? Как можно утверждать, что человек, например, выглядит старше своих лет, тогда как причина кажущегося различия кроется всего лишь в неточности методики.

Любая судебно-медицинская методика определения возраста должна содержать указание на то, какой возраст предполагается установить на ее основе. Если таких указаний нет (что является существенным недостатком методики), надо полагать, что в случаях применения качественных методик речь идет о диагностике биологического возраста и для ответа на вопрос следователя о возрасте требуется перевести установленное значение возраста в календарный (если только это не специальный вопрос о биологическом возрасте обследуемого лица). Когда же речь идет о количественных методиках, основанных на вычислительной процедуре, устанавливается диапазон возможных значений календарного возраста, то есть того, который и требуется установить. Среди возможных его значений только одно соответствует значению биологического возраста (исходя из законов вероятности, оно вероятнее всего соответствует среднему значению установленного диапазона, хотя может оказаться и на его краю).

Осознание этого последнего положения должно повысить ответственность эксперта за решение, которое он принимает, определяя возраст человека на основе количественных методик, полагая, что в чистом виде устанавливает «биологический» возраст. Такая позиция является неверной, хотя и удобной, как своеобразный способ снять с себя ответственность за возможную ошибку – всегда можно сослаться на то, что возраст определялся биологический, а не календарный и тем более не паспортный.

Что касается возможного выхода эксперта за рамки своей профессиональной компетенции при установлении паспортного возраста, то это глубокое заблуждение. Подвергать сомнению паспортные данные как источник сведений об общих признаках личности, было бы чрезмерной предосторожностью – следуя такой логике, нужно тогда так же относиться и ко всем другим материалам и сведениям, предоставляемым следователем на экспертизу (это, однако, не исключает необходимости критического к ним отношения). Исключения составляют экспертизы по делам, связанным с подлогом документов.

При настороженном отношении к термину «паспортный», предпочтение следует отдавать его синонимам: «календарный» или «хронологический».

Божченко А.П., Толмачев И.А.

К 200-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

ПРОФЕССОРА ЗАБЛОЦКОГО-ДЕСЯТОВСКОГО

Кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

В этом году исполняется 200 лет со дня рождения выдающегося отечественного ученого, профессора Императорской Медико-хирургической академии Павла Парфеновича Заблоцкого-Десятовского. Родился Павел Парфенович в хуторе Напрасновка Черниговской губернии (день и месяц его рождения не известны). По окончании гимназии в 1830 году он поступил в Московский университет, который окончил через пять лет в звании лекаря. Вскоре был назначен в экспедицию для изучения в естественно-историческом отношении берегов Каспийского моря. После экспедиции в 1838 году выдержал в Московском университете экзамен на доктора, представил и успешно защитил диссертацию, посвященную изучению паукообразных Каспийского региона. На заработанные во время экспедиции средства направился на обучение в Париж, где в течение трех лет изучал естественные науки, анатомию, физиологию, общую патологию и хирургию (Европин А.К. Исторический очерк кафедры судебной медицины с токсикологией при Императорской военно-медицинской академии, 1898). По возвращении в Россию в 1842 году Павел Парфенович получил назначение на должность адъюнкт-профессора по кафедре теоретической хирургии академии, а также ординатора 2-го Военно-сухопутного госпиталя. Вначале он читал лекции по болезням мочевых и половых органов, сифилису, «упражнял» студентов в операциях на трупах. Достаточно быстро обратил на себя внимание высшего общества как образованный врач, диагност и хирург. Как следствие, был определен дежурным гоф-медиком при дворе Его Императорского Величества.

В 1845 году в связи с выходом в отставку П.П. Пелехина освободилась вакансия начальника кафедры судебной медицины с токсикологией и гигиены с медицинской полицией. Занятие должности произошло не совсем гладко для Павла Парфеновича. Главное затруднение было связано с тем, что не было выставлено других кандидатур. Профессор сравнительной анатомии и физиологии Карл Эрнст фон Бэр занял принципиальную позицию в этом вопросе, полагая, что для выборов на должность необходимо представлять несколько кандидатур: «предвидеть легко, что впредь всегда только одного представят кандидата». К тому же Заблоцкий был прекрасным хирургом, но не судебно-медицинским экспертом - «засвидетельствование в том, что он [Заблоцкий] хорош, как профессор хирургии, мне кажется посторонним, когда речь идет о судебной медицине». Голосование проходило в два этапа и растянулось с конца 1845 года до 20 мая 1846, когда наконец-то большинством голосов Павел Парфенович был утвержден в должности.

Заняв кафедру, Павел Парфенович продолжал заведовать хирургическим отделением госпиталя, вел занятия со студентами по сифилису и глазным болезням, с 1847 года – по практической хирургии (вместо Н.И. Пирогова, командированного в районы ведения военных действия на Кавказе и в Крыму), а с 1848 года – еще и по теоретической хирургии. В нем необъяснимым образом соединились и хирургия, и сифилидология, и глазные болезни, и гигиена, и судебная медицина, и, помимо прочего, энтомология, ботаника и многое другое. Вместе с этим, будучи обширно и многосторонне образованным, Заблоцкий-Десятовский «везде стоял на высоте своего призвания». Например, именно он был первым, кто в России стал производить операции над больными под хлороформом (первая операция состоялась 20 декабря 1847 года, всего им выполнено 5 операций «с притуплением чувствительности посредством чистого хлороформа» - ранее выполнялись операции с использованием эфирного наркоза). Он разработал ряд оперативных приемов и хирургических инструментов, в частности, известны его операции при фимозе и сконструированный для них специальный пинцет (Мирский М.Б., 1984). К его заслугам относится создание более сжатой, но и более удобной, учебной программы по судебной медицине с токсикологией. В составленной им программе пристальное внимание уделялось правилам

составления судебно-медицинских документов, впервые встречается упоминание о повторном исследовании в судебной медицине. Студенты с охотой посещали лекции Заблоцкого-Десятовского – привлекала современность, систематичность и ясность изложения материала. Лекции по токсикологии, кроме того, пояснялись производимыми опытами над животными.

В течение всей своей жизни Павел Парфенович прилагал большие усилия для обогащения медицинской литературы печатными трудами на русском языке. Это были и работы европейских ученых, переведенные и изданные с его участием («Руководство к теоретическому и практическому изучению судебной медицины для врачей и юристов» И.Г. Шюрмайера; перев.с нем. С.П. Ловцова, 1851), и его собственные труды. Большинство его работ посвящено вопросам хирургии («Опухоли вен на нижних конечностях», 1843; «О болезнях челюстной пазухи», 1851; «Описание грыж», 1855; и др.). Но целый ряд публикаций имеет прямое отношение к судебной медицине с токсикологией: «О подкожном сдавливании или разрыве опухолей вообще и в частности кровяных (1843); «Врачебно-полицейские и судебно-медицинские изыскания об утопленниках» (1845); «О медных коликах в гигиеническом и судебно-медицинском отношении» (1846); «Рассмотрение повреждений в судебно-медицинском отношении» (1851); «Об осложнениях травматических повреждений черепа (1856); «О травматических повреждениях волосистой части головы» (1860). Ряд его трудов получили высокую оценку общества Русских врачей, со стороны Военно-медицинского Ученого комитета, Академии наук. Так, в 1848 году от Академии наук он был удостоен Демидовской премии в размер 2500 рублей за сочинение «Учение о болезнях яичка, семенного канатика и мошонки (с атласом)», а в 1857 году - той же премии за «Руководство к изучению сифилитических болезней (с рисунками)».

Кафедру судебной медицины с токсикологией и гигиены с медицинской полицией Заблоцкий-Десятовский оставил в 1852 году (через 6 лет), перейдя на кафедру теоретической хирургии; после он занимал кафедру академической хирургической клиники, на которой и окончил профессорскую деятельность в академии в 1869 году. Выйдя в отставку, назначен был непременным членом Военно-медицинского Ученого комитета и в этой должности оставался до дня смерти. Скончался Павел Парфенович от непродолжительной болезни 2 июля 1882 года, на 69 году жизни. Заслуги Павла Парфеновича «на поприще учено-учебной», административной и практической деятельности были высоко оценены Государем: он получил чин действительного статского Советника, Анненскую ленту и драгоценные подарки. Ученые общества, ценя его заслуги и труды, избирали его своим членом. Он состоял членом общества Русских врачей, Императорского Географического общества, Вольно-экономического общества, Комитета общественного здоровья, Военно-медицинского Ученого комитета и совещательным членом Медицинского совета. В 1882 году он единогласно был избран первым председателем открывшегося тогда Хирургического общества имени Н.И. Пирогова.

Божченко А.П., Толмачев И.А.

ДЕРМАТОГЛИФИКА В СИСТЕМЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Создание новых медицинских технологий является приоритетной задачей развития системы здравоохранения страны. Судебно-медицинская дерматоглифика является одним из примеров такой инновации. Как все новое, она требует разработки своих основ, которые бы обеспечили ее успешную интеграцию в существующую систему судебной медицины. Важным шагом в этом направлении является включение дерматоглифики в систему высшего профессионального, последипломного и дополнительного образования - подготовка специалистов соответствующего профиля, которые бы реализовывали ее возможности и обеспечивали дальнейшее совершенствование метода.

В последние годы такая система сложилась и успешно себя зарекомендовала на базе Военно-медицинской академии (Санкт-Петербург). В курсе лекций и на практических занятиях по судебной медицине курсантам и студентам академии излагаются основные положения теории идентификации, судебно-медицинское значение общих и частных признаков личности, существующие возможности и методы их определения, среди которых отдельно рассматривается вопрос о дактилоскопии и дермато-

глифике. В системе подготовки интернов, ординаторов и аспирантов этой теме отводятся самостоятельные учебные часы в таком разделе учебной программы как «Судебно-медицинская идентификация личности» (0,5 часа лекции и 2 часа практического занятия). Кроме того, для этих же категорий обучаемых разработан элективный курс по трасологии, в котором дерматоглифике и дактилоскопии отводится почти половина учебного времени (4 часа лекции и 20 часов практического занятия). Основным содержанием занятий является практическая отработка методики дактилоскопирования трупов и живых лиц, разметки и распознавания дерматоглифических признаков, определения анатомической локализации папиллярных узоров, диагностики общих признаков личности. В системе переподготовки и повышения квалификации врачей реализуется учебная программа по циклу обучения «Избранные вопросы идентификационных исследований в судебной медицине», содержащая самостоятельный учебный раздел «Судебно-медицинская дерматоглифика» (6 часов лекции и 30 часов практического занятия). Эта программа позволяет готовить специалистов, способных самостоятельно выполнить судебно-медицинскую экспертизу на основе применения дерматоглифического метода с решением широкого круга задач - установить анатомическую принадлежность исследуемой части тела, принадлежность частей тела одному или разным трупам, определить общие и некоторые частные признаки личности неизвестного человека, установить кровное родство (отцовство, материнство и пр.) и т.д.

Судебно-медицинский эксперт, пройдя первичную подготовку либо повышение квалификации в системе военно-медицинского образования, имеет необходимые знания и начальный навык для реализации на практике возможностей дерматоглифики и дактилоскопии. Получение дактилоскопических отпечатков (дерматоглифов) и их экспертная оценка входит в его прямые обязанности, предусмотренные «Руководством по установлению личности неопознанных погибших при их массовом поступлении», утвержденным начальником Главного военно-медицинского управления МО РФ (2001). Определение уровня профессиональной подготовки и аттестация на право самостоятельного производства экспертных исследований (согласно приказа Министра обороны РФ 2007 г. № 461 «О порядке определения уровня профессиональной подготовки экспертов и аттестации их на право самостоятельного производства судебных экспертиз») в части, касающейся судебно-медицинской дерматоглифики, должны осуществляться применительно к такому роду судебных экспертиз, как «судебно-медицинская экспертиза» и к таким ее видам, как «судебно-медицинская идентификация личности» и (или) «медико-криминалистическая экспертиза».

Учитывая особенности организационно-штатной структуры экспертных подразделений и соответствующую специализацию экспертов, оптимальным следует полагать следующий порядок распределения функциональных обязанностей по исследованию дерматоглифических структур (*вариант*). Первичные экспертные действия (получение отпечатков папиллярных узоров, оценка их пригодности для диагностики и идентификации, определение анатомической локализации частей и фрагментов тела, содержащих гребешковую кожу, их первичная группировка и сортировка) в штатном режиме должны производиться судебно-медицинскими экспертами дежурных и передвижных отделений, а также судебно-медицинских отделов по исследованию трупов (судебно-танатологических отделов). При работе на месте происшествия при ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций, связанных с массовой гибелью людей и поступлением большого числа неопознанных тел погибших – экспертами сформированных временных судебно-медицинских отделов (подвижных судебно-медицинских бригад и судебно-медицинских отделений). Дальнейшие исследования (диагностика свойств личности, установление кровного родства, опосредованная и непосредственная идентификация личности) должны производиться экспертами отделов (отделений) медико-криминалистической идентификации (временных отделений медико-криминалистической идентификации).

Активной интеграции дерматоглифики в существующую систему судебной медицины должны способствовать широкая апробация разрабатываемых дерматоглифических методик на рабочих местах; совершенствование материально-технической базы, необходимой для дактилоскопирования трупов и работы с базами данных изображений папиллярных узоров; создание автоматизированных рабочих мест (программно-аппаратных комплексов) по производству дерматоглифических исследований. Важным организационным элементом на этом пути является введение дерматоглифических исследований в систему отчетности экспертных учреждений с целью анализа их качественно-количественных показателей и оценки эффективности. Дерматоглифические исследования по природе изучаемых объ-

ектов, предмету исследования, системе использующихся методов относятся к классу медико-биологических. Дактилоскопические карты трупов неизвестных лиц (следокарты неизвестных лиц с мест происшествий), дактилоскопические карты разыскиваемых, прошедших предварительно обязательную или добровольную дактилоскопическую регистрацию, и их родственников являются важнейшим источником информации о медико-биологических и медико-криминалистических свойствах личности.

Гугнин И.В., Божченко А.П.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТИПОВ УЗОРОВ ПАЛЬЦЕВ РУК НА ОСНОВЕ ДИСКРИМИНАНТНОГО АНАЛИЗА

Новгородское ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»;
Кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Одним из важных условий, обеспечивающих достоверность экспертного исследования, является полнота исходного материала. В практике установления личности неопознанных трупов она достигается не всегда, поскольку в результате воздействия повреждающих факторов, гнилостной трансформации происходит утрата части диагностически и идентификационно важных объектов (тканей, органов и т.д.). В процессе производства дактилоскопического или дерматоглифического исследования эксперты нередко сталкиваются с ограничением возможностей применяемых методик вследствие разрушения гребешковой кожи. В таких случаях одним из способов реконструкции признакового пространства является его математическое прогнозирование по частично сохранившимся признакам. До настоящего времени это направление в дерматоглифике является все еще мало разработанным (Божченко А.П., 2009).

В этой связи нами была проанализирована база данных отпечатков пальцев рук в выборке 540 человек, преимущественно русских европейской части России. Размечались типы узоров: дуговой (A), петлевой (L) и завитковый (W). На основе дискриминантного анализа выполнили прогнозирование типа узора на I, IV и V пальцах правой руки, при условии, что известны типы узоров на II и III (табл.). Согласно нашего опыта, II и III пальцы чаще других сохраняются и пригодны для получения с них дактилоскопических отпечатков (по данным криминалистов, следы этих же пальцев чаще обнаруживаются на месте происшествия).

Палец	Прогнозируемый тип узора		
	A	L	W
I	$A_1 = -8,72 + 2,10x_2 + 4,43x_3$	$L_1 = -9,93 + 3,01x_2 + 6,19x_3$	$W_1 = -13,74 + 4,13x_2 + 6,74x_3$
IV	$A_4 = -8,09 + 2,01x_2 + 4,89x_3$	$L_4 = -10,87 + 3,52x_2 + 6,90x_3$	$W_4 = -16,35 + 4,86x_2 + 8,24x_3$
V	$A_5 = -8,56 + 1,96x_2 + 5,04x_3$	$L_5 = -10,79 + 3,12x_2 + 6,91x_3$	$W_5 = -17,22 + 3,82x_2 + 8,40x_3$

Алгоритм прогнозирования: 1) Определяются типы узоров на II и III пальцах. 2) Типам узоров присваиваются условные баллы (для A – 1, для L – 2, для W – 3). 3) Коды узоров подставляются в выражения линейных дискриминантных функций. Производятся соответствующие вычисления. 4) Полученные значения выражений для A, L и W сравниваются – большее из них указывает на более вероятный тип узора. Эффективность прогноза составляет около 75% ($p \leq 0,01$). При увеличении числа исходных признаков точность прогноза повышается. Так, если для прогноза типа узора на IV пальце правой руки использовать в качестве исходных узоры не только расположенные на II и III пальцах, но и на симметричном ему IV пальце левой руки, то прогноз будет точен уже в 80-85% случаев.

Таким образом, в ходе проведенного исследования показана принципиальная возможность решения экспертных задач по восстановлению отсутствующего признакового пространства гребешковой кожи методами математического прогнозирования. Разработан способ прогноза типов узоров в зависимости от наиболее часто выявляемых при дактилоскопировании неопознанных трупов признаков. Прогностическая эффективность предложенных способов достаточна, чтобы рекомендовать их к практиче-

скому использованию при решении различных идентификационных и диагностических задач методом дерматоглифики на этапах реконструкции признакового пространства.

Збруева Ю.В., Джувалыков П.Г., Кабакова С.С., Богомолов Д.В., Кульбицкий Б.Н.
ДИНАМИКА ДВС ПРИ ПЕРЕЖИВАНИИ ТРАВМЫ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
 ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» МЗ РФ
 ГБУЗ АО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Астрахань
 ФГБУ Российский центр судебно-медицинской экспертизы, Москва

Достаточно высокая летальность от различных видов осложнений в результате механической травмы остается достаточно высокой. Ряд авторов отмечают особенности течения воспалительных реакции в легких. Высокую роль имеют локальные нарушения в функционировании прокоагулянтной системы, выражением чего в легких отмечается развитие РДСВ. РДСВ нередко является компонентом диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Относительно вопроса о механической травме данный вопрос остается актуальным [1, 2].

Целью работы явилось исследование летальных исходов на госпитальном периоде в различные сроки и выявить частоту ДВС-синдрома, а также диагностировать типы и темпы танатогенеза.

Исследование проводилось на 142 наблюдениях летальных исходов на госпитальном этапе. Материал систематизировался по группам: период 1-х суток, 2-3-х суток, 4-7-х суток, более 7-ми суток. В результате исследования применялись секционное исследование трупа, гистологическое исследование, морфометрический (полуколичественный танатогенетический анализ) [3,4].

Нами изучены 142 наблюдения госпитальной летальности от различных видов механической травмы. Погибшими в группах госпитальной летальности явились мужчины -103 наблюдений (72,5 %) и женщины -39 наблюдений (27,5 %) в возрасте от 17 лет до 89 лет.

Анализ материала по возрастным группам выявил следующие данные: в период 1-х и 4-7-х суток доминировала возрастная группа 46-70 лет – 20 наблюдений (57,1%), в период 2-3-х и более 7-ми суток отмечена возрастная группа 20-45 лет – 19 (52,8%) и 27 (73,0%).

Выявлено 29 наблюдений, которые характеризовали морфологическую картину ДВС-синдрома, что составило 20,4 % от всех исследований.

Таблица № 1. Количество наблюдений в исследуемых группах

Длительность пребывания в стационаре	Количество наблюдений в группах исследований	%	Общее количество наблюдений
Период 1-х суток	4	2,8	142
Период 2-3-х суток	9	6,3	
Период 4-7-х суток	6	4,2	
Период более 7-ми суток	10	7,0	
Всего	29	20,4	

В первые сутки после травмы признаки ДВС-синдрома обнаружены в 4 наблюдениях (2,8%); они проявлялись наличием лейкоцитарных тромбов в гистологических препаратах головного мозга, сердца, легких. РДСВ был диагностирован в 15 наблюдениях. В данном периоде преобладали лейкоцитарные свертки – 3 случая и фибриновый тромб - 1 случай.

На 2-3 сутки после травмы наличие ДВС-синдрома отмечено у 9 пострадавших (6,3%). Морфологическая составляющая тромбов в данной группе имела следующие характеристики: смешанные тромбы – 3, фибриновые – 6, гиалиновые – 4. РДСВ был диагностирован в 17 наблюдениях.

В период 4-7 суток после травмы признаки ДВС-синдрома были отмечены в 6 наблюдениях (4,2%): из них эритроцитарных тромбов – 1, смешанных – 2, лейкоцитарных - 4.

При длительности более недели отмечено наличие маркеров данной патологии в 10 наблюдениях (7,0%): смешанные тромбы-6, эритроцитарные-2, лейкоцитарные - 2. РДСВ был диагностирован в 6 наблюдениях.

Выводы. Проведенное исследование позволило нам выявить динамику развития ДВС-синдрома на госпитальном этапе в различные временные промежутки, выявить нарастание коагулопатического компонента танатогенеза в более поздние сроки после травмы [5].

В процессе работы применялся метод непрямого иммуногистохимического исследования с антителами к фибриногену. Уже в первые сутки отмечена позитивная экспрессия в сосудах микроциркуляции, что позволяет говорить о такой экспрессии как о раннем признаке ДВС-синдрома.

Литература:

1. С.А. Селезнева, С.Ф. Багненко, Ю.Б. Шапота, А.А. Курыгина. Травматическая болезнь и ее осложнения. – СПб.: Политехника, 2004.- 414 с.
2. М.А. Пальцев, В.С. Пауков. Патология: учебник: в 2 т. – М: «ГЭОТАР – Медиа», 2008.
3. Богомолов Д.В. Возможности применения модальной логики при танатогенетическом анализе в судебной медицине и патологии. //Проблемы экспертизы в медицине. – 2003.- Т. 3, № 4. – С. 40-42.
4. Богомолов Д.В., Богомолова И.Н., Путинцев В.А., Баранова М.Я, Кульбицкий Б.Н., Павлов А.Л., Фетисов В.А., Букешов М.К. Судебно-медицинская оценка танатогенеза для диагностики причины смерти морфологическими методами. Новая медицинская технология.- М: 2012.
5. Ковалев А.В., Завалишина Л.Э., Богомолов Д.В., Федулова М.В., Кульбицкий Б.Н. Методика иммуногистохимического исследования в судебно-медицинской гистологии. Методические рекомендации.- М: 2013.
5. Збруева Ю.В., Джувалыков П.Г., Богомолов Д.В., Кульбицкий Б.Н., Букешов М.К. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания при переживании травмы. //Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы судебно-медицинской экспертизы». – М: 2012. - С-43-45.

Ильина А.В., Быстрова Е.И.

МОРФОЛОГИЯ МИОКАРДА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ *Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар*

На протяжении многих десятилетий сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре смертности населения, при этом на долю внезапной сердечной смерти приходится от 60 до 90% всех случаев внезапной смерти [1,4,6,7,8,9].

Алкоголь являлся фактором риска для страдающих ИБС как приводящий к развитию ряда осложнений. Особо подчеркивается, что алкогольное опьянение резко увеличивает риск внезапной сердечной смерти, в том числе и при ишемической болезни сердца [3,5]. Исследования выявили прямую зависимость между длительным употреблением алкоголя и частотой внезапной сердечной смерти от острой сердечной недостаточности [2]. Трудности дифференциальной диагностики при отравлении этиловым алкоголем, ИБС и ИБС на фоне алкогольного опьянения объясняются отсутствием четких морфологических критериев при указанных состояниях [10].

Нами поставлена задача провести сравнительный анализ показателей (данных) количественной морфометрии при ИБС, в том числе и на фоне алкогольного опьянения, для выяснения возможности дифференциальной диагностики данной патологии.

Изучено 241 заключений (актов) судебно-медицинских вскрытий, 57 из которых составили случаи смерти от ИБС, 150 - умерших от ишемической болезни сердца на фоне алкогольного опьянения (из них 9 случаев незначительного влияния алкоголя, 78 – легкая степень, 34 – средняя степень алкогольного опьянения, 21 случай ишемической болезни сердца на фоне сильной степени алкогольного опьянения и 8 случаев на фоне тяжелого алкогольного опьянения); 16 случаев составила смерть от острого отравления этиловым алкоголем и 18 случаев - контрольная группа (механическая травма).

Большинство погибших были представителями мужского пола – 78,53%; женщины составили 21,74%. При рассмотрении характера исследуемого секционного материала по возрастным группам случаи смерти от ишемической болезни сердца и ишемической болезни сердца на фоне алкогольного опьянения встречались во всех возрастных группах. Наибольшее их количество пришлось на лиц трудоспособного возраста от 45 до 65 лет.

В наших исследованиях при смерти от ИБС на фоне алкогольной интоксикации (150 случаев) умершие при жизни находились в различной степени алкогольного опьянения - от незначительного влияния алкоголя на организм до тяжелой степени алкогольного опьянения. Незначительное влияние алкоголя на организм выявлено в 6% (9 случаев), в легкой степени опьянения – 52% (78 случаев), в средней – 22,7% (34 случая), в сильной - 14% и 5,3% тяжелой степени алкогольного опьянения, что составило 21 и 8 случаев соответственно. В группах скончавшихся от ИБС и в контрольной группе в 100% случаев алкоголь в крови отсутствовал.

При изучении характера и частоты встречаемости патоморфологических признаков в случаях ИБС, ИБС на фоне алкогольного опьянения и при остром отравлении этиловым алкоголем морфологические (микроскопические) признаки распределились следующим образом: очаги ишемии миокарда при микроскопическом описании встретились при ИБС в 1,75% случаев, при ИБС на фоне легкой степени алкогольного опьянения - в 3,85% случаев, при ИБС на фоне сильной степени алкогольного опьянения - в 4,76% случаев; максимальная частота встречаемости было зафиксировано при ИБС на фоне средней степени алкогольного опьянения – 15,1% случаев, а при остром алкогольном отравлении, ИБС на фоне тяжелой степени алкогольного опьянения и ИБС при незначительном воздействии алкоголя признаков ишемии миокарда не наблюдалось. Диссоциация мышечных волокон (фрагментация кардиомиоцитов) как признак встретился во всех группах исследования и варьировал от 33,3% до 62,5%, однако максимальное значение было в группе ИБС на фоне сильного алкогольного опьянения и составило 71,4% случаев. Склероз кардиомиоцитов встречался во всех группах наблюдения, значения его варьировали от 77,8 % при ИБС на фоне незначительного воздействия алкоголя до 71,4% случаев при ИБС на фоне сильного алкогольного опьянения. При ИБС на фоне легкого алкогольного опьянения данный признак встретился в 23,5% случаев, а при ИБС на фоне тяжелой степени алкогольного опьянения - в 50% случаев. Расширение и полнокровие вен наблюдалось во всех группах наблюдения, максимальное его значение зарегистрировано при ИБС на фоне алкогольного опьянения средней степени – 63,6%. Неравномерное окрашивание ядер и зернистость саркоплазмы кардиомиоцитов максимально наблюдалось при остром отравлении этиловым алкоголем - в 62,5% и 87,5% случаев. Артерии сердца в состоянии спазма наиболее часто отмечались при ИБС на фоне незначительного приема этилового алкоголя – 66,7% случаев, а повышенное кровенаполнение артерий превалировало при остром отравлении этиловым алкоголем (25%). Признаки атеросклероза сердечных сосудов имели место при ИБС на фоне алкогольного опьянения различной степени тяжести от 30% до 62,5% случаев, при остром отравлении алкоголем данный признак не встретился. Истончение и контрактура кардиомиоцитов встречались в 68,7% случаев при остром отравлении алкоголем, во всех остальных группах наблюдения этот признак находился в пределах 11% - 37,7% случаев. Во всех группах наблюдений встречались гипертрофия и атрофия кардиомиоцитов - от 33% при ИБС с незначительным действием алкоголя до 72% случаев при ИБС на фоне сильного алкогольного опьянения. Разрастание жировой клетчатки (стромальный липоматоз) отмечен в 68,7% случаев при остром отравлении этиловым алкоголем, тогда как при ИБС этот признак наблюдался в 15,8% случаев. При ИБС с различной степенью алкогольного опьянения стромальный липоматоз наблюдался от 17% случаев при ИБС на фоне легкой степени алкогольного опьянения до 50% случаев при ИБС на фоне тяжелой степени алкогольного опьянения.

Таким образом, при смерти от ишемической болезни сердца и в контрольной группе погибшие находились на момент смерти в трезвом состоянии, и этиловый алкоголь не выступал фактором, способствующим более быстрому наступлению смерти. В 67,3% случаев у умерших лиц наблюдалась различная степень алкогольного опьянения. Больше количество 52% (78 случаев) приходилось на легкую степень алкогольного опьянения, тогда как в 6% зафиксировано незначительное влияние этилового алкоголя на организм.

Сравнительный анализ патоморфологической картины при ИБС и ИБС на фоне алкогольного опьянения (различной степени тяжести) показал:

1) очаги ишемии миокарда как морфологический признак электрической нестабильности сердца встретился в 15% случаев при ИБС на фоне средней степени алкогольного опьянения, при ИБС он составил 1,75%, при ИБС на фоне легкой степени алкогольного опьянения и на фоне сильной степени выявлен был в 3,85% случаев и 4,76% случаев соответственно; при ИБС с незначительным действием алкоголя и при ИБС на фоне сильной степени алкогольного опьянения и при остром алкогольном отравлении данный признак не наблюдался;

2) диссоциация мышечных волокон (фрагментация кардиомиоцитов) как результат фибрилляции желудочков миокарда происходит во всех исследуемых группах, максимально (в 71% наблюдений) данный признак встречается при ИБС на фоне сильной степени алкогольного опьянения;

3) замещение соединительной ткани в кардиомиоцитах - кардиосклероз встретился как при ИБС, так и при ИБС на фоне алкогольного опьянения, и при остром отравлении этиловым алкоголем;

4) ткани сердечной мышцы замещаются и перерождаются в жировую ткань (стромальный липоматоз), максимальный процент встречаемости наблюдался при остром отравлении этиловым алкоголем в 68% случаев;

5) кардиомиоциты во всех группах наблюдений изменяются по форме – происходит атрофия КМЦ, увеличивается их масса – (гипертрофируются); истончаются, становятся тонкими, извитыми;

6) ни в одном из случаев при остром отравлении этиловым алкоголем не встретилось отека стромы кардиомиоцитов и признаков атеросклероза артерий сердца;

7) неравномерная окраска ядер кардиомиоцитов отмечена во всех группах наблюдения, кроме ИБС на фоне незначительного воздействия этилового алкоголя.

Литература:

1. Асташкина О.Г. Способ дифференциальной диагностики смерти от ишемической болезни сердца и алкогольной кардиомиопатии с использованием диагностических коэффициентов/ О.Г. Асташкина, Н.В. Власова// Судеб-мед. экспертиза. – 2008. - №5. – С. 3-6.

2. Вихерт А.М. Морфогенез ранних стадий атеросклероза / А.М. Вихерт, В.Н. Розина // Архив патологии. -1983. -№6. -С3–13.

3. Вирганская И.М. Внезапная смерть и алкоголь. / И.М. Вирганская// Здравоохран РФ. – 1991. -№6. –С.18—20.

4. Зимин Ю.В. Психосоциальные факторы в проблеме внезапной сердечной смерти / Ю.В. Зимин// Кардиология. - 1991. -№ 9. С. 90-96.

5. Кактурский Л. В. Внезапная сердечная смерть (клиническая морфология) / Л.В. Кактурский. – Москва, 2000. – 127 с.

6. Кактурский Л. В. Внезапная сердечная смерть: современное состояние проблемы / Л.В. Кактурский // Арх. патологии. – 2005. Т.67, № 3. – С. 8-11

7. Кириллов В.В. Проблема внезапной коронарной смерти (ВКС) на догоспитальном этапе / В.В. Кириллов // Медицинская консультация, 1995. №2. С. 40—47.

8. Кульбицкий Б.Н. Патология проводящей системы сердца в танатогенезе внезапной смерти при алкогольной кардиомиопатии и ишемической болезни сердца/ Б.Н. Кульбицкий, З.В. Ларев, Н.В.Федулова, О.П.Денисова, Д.В.Богомолов// Судеб-мед. экспертиза. – 2012. - №2. – С. 62-65.

9. Мазур Н. А. Внезапная сердечная смерть / Н.А. Мазур. – М.: Медпрактика. – М, 2004. – 148 с.

10. Порсуков Э.А. Современные морфологические критерии внезапной сердечной смерти/ Э.А. Порсуков// Судеб-мед. экспертиза. – 2009. - №4. – С. 7-11.

Корхмазов В.Т.

**АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ АЛКОГОЛЬОКИСЛЯЮЩИХ ФЕРМЕНТНЫХ СИСТЕМ ПЕЧЕНИ
ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЭТАНОЛОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

*Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
ГБУЗ «Бюро СМЭ», Краснодар*

Проведено исследование динамики активности алкогольоксилирующих ферментных систем (АОФС) - АДГ, МЭОС, КТ-ПО - в ткани печени у 116 лиц, выделенных в 4 группы: острое отравление этанолом (ООЭ), ИБС, ИБС на фоне алкогольной интоксикации (АИ) и черепно-мозговой травмы - контроль (ЧМТ). Активность АОФС изучали с помощью гистохимических исследований, выполняемых сразу после исследования трупов. Постановку реакций проводили на криостатных срезах ткани печени толщиной 10 мкм. Гистохимические исследования осуществляли методиками Hess, Scarpelli, Pears, в модификации Т.П.Перовой; ортодианизидиновой (А.Ю.Резников, Т.П.Перова, В.А. Породенко).

В результате исследования установлено: АДГ печени была наибольшей при ИБС на фоне АИ - 0,54 отн. ед.; при ИБС, ООЭ и ЧМТ - на 9 - 18,5 - 28% меньше; активность НАДФ-Д печени при ООЭ была максимальной - 0,71 отн. ед.; во второй, третьей и четвертой группах - меньше на 23 - 20 - 26%; КТ-ПО печени была наибольшей при ООЭ - 2,497 отн. ед., ниже на 10% при ИБС, при ИБС на фоне АИ - на 9%, при ЧМТ - на 17%.

Наиболее высокая активность АОФС установлена при ООЭ: АДГ печени превышала значения контроля на 14%, КТ-ПО печени на 7%, что свидетельствует об их готовности к токсическому воздействию этанола; при ИБС активность АДГ была наибольшей в печени - превышала контроль на 27%; при ИБС на фоне алкогольной интоксикации: в печени - на 40% соответственно.

Анализ данных активности АОФС показал, что для дифференциальной диагностики острого отравления этанолом наиболее целесообразно использовать показатели общей активности КТ-ПО печени, так как имеющийся широкий интервал цифровых значений данной ферментной системы значительно повышает достоверность полученных данных.

Литература:

1. Верткин А.Л. Окончательный диагноз / А.Л. Верткин, О.В. Зайратянц, Е.И. Вовк // М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 576 с.
2. Породенко В.А. Влияние хронической алкогольной интоксикации на активность моноаминоксидаз и алкогольоксилирующих ферментов / В.А. Породенко, Е. Н. Травенко, Т. П. Перова // Кубан. науч. мед. вестник. - 1990. - №2. - С. 62-66.
3. Халафян А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных. А.А. Халафян 3-е изд. Учебник - М.: ООО «Бином-Пресс», 2007. - 512 с.
4. Lieber C.S. The microsomal ethanol oxidizing system: its role in ethanol and xenobiotics metabolism / C.S. Lieber // Biochem. Soc. Trans. - 1988. - Vol. 16. - P. 232-239.

Мантаков М.С., Тучик Е.С, Асташкина О.Г.

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЙ,
ОБУСЛАВЛИВАЮЩИХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЕ ПРОИСШЕСТВИЯ**

*ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, Москва
ГБУЗ г. Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы
Департамента здравоохранения города Москвы»*

В настоящее время особую актуальность приобрела проблема «внезапной» смерти за рулем. При дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), совершенных в условиях неочевидности, телесные повреждения имеют, как правило, характерные, но неспецифические признаки воздействия тупых твердых предметов, элементов салона. Кроме того, возникают трудности в установлении места водителя и пассажира переднего сидения, а также состояния здоровья и поведения водителя на момент ДТП в случаях множественных повреждений внутри салона.

Причинами ДТП со смертельным исходом могут быть заболевания, в частности, сердечно-сосудистые, нервные, сахарный диабет, которые в любой момент могут проявиться острым состоянием, приводящим к внезапной смерти. Также в большинстве случаев морфологически достаточно сложно установить у погибших в ДТП факт нарушения сознания, усталости, психоэмоционального напряжения, психических расстройств и прочих состояний, которые могут привести к ДТП [2,3].

Известно, что при посмертной диагностике причин внезапной смерти применяют лабораторные методы исследования, в частности, определяют содержание сердечного тропонина-I, миоглобина (МГ) и глюкозы (Гл) в крови и перикардальной жидкости (ПЖ), активности лактатдегидрогеназы в миокарде [1].

Нами предложен алгоритм экспертной диагностики состояния здоровья и поведения водителей и пассажиров, мгновенно погибших в ДТП от механических повреждений. Суть алгоритма: необходимо определить содержание глюкозы и миоглобина в крови из бедренной вены (кБВ), правого и левого желудочков сердца (кПЖ и лПЖ) и перикардальной жидкости и сопоставить их значения. При соотношении уровня глюкозы в крови из правого желудочка сердца и уровня глюкозы в крови из бедренной вены 1:2 и более; повышении содержания миоглобина в крови из бедренной вены в 20 и более раз, а в перикардальной жидкости в 30 и более раз выше нормы, делают заключение о том, что вероятной причиной смерти водителя явились сердечно-сосудистые нарушения, при иных значениях исследуемых биохимических показателей причина смерти другая.

По результатам вскрытия трупа и данным биохимического исследования можно также установить расположение лиц, находившихся внутри салона автомобиля на месте водителя и пассажира переднего сидения в условиях неочевидности.

Таким образом, для диагностики состояния здоровья и/или причины смерти водителя (острая коронарная недостаточность, гипер- или гипогликемия и др.), необходимо исследовать биохимические показатели, такие как глюкоза, миоглобин в крови из бедренной вены, желудочков сердца, перикардальной жидкости, для чего в первые 24 ч после смерти необходимо изъять из трупа не менее 0,5-1 мл биологической жидкости, поместить каждый биообъект в отдельный флакон и направить на исследование в биохимическое отделение.

Литература:

1. Асташкина О.А., Тучик Е.С. Судебно-биохимическая диагностика скоропостижной смерти. – Москва: издательство «Спутник +». - 2012. – 149 с.
2. Пиголкин Ю.И., Гончарук В.Д. К вопросу о диагностике депрессивных состояний //Суд.-мед. эксперт.- 1997. - №4. – С.41-42
3. Прошутин В.Л. Судебная медицина и проблема самоубийств. – Ижевск: издательство «Экспертиза». - 1999. – 86 с.

Назаров Ю.В.

К ВОПРОСУ ОБ ЭКСПЕРТИЗЕ ПИЛЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЁННЫХ РУЧНЫМ ЭЛЕКТРОИНСТРУМЕНТОМ С ВЫСОКОСКОРОСТНЫМ ВОЗВРАТНО-ПОСТУПАТЕЛЬНЫМ ДВИЖЕНИЕМ ПОЛОТНА

Санкт-Петербургское ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

В настоящее время экспертиза повреждений пилящими предметами весьма актуальна. Это обусловлено не только сравнительно высоким уровнем количеств повреждений пилящими предметами, но и ростом в свободном обращении новых видов пилящих орудий и устройств [1, 2, 3]. Так, в экспертной практике всё чаще стали встречаться повреждения механическими пилящими устройствами, приводимыми в движение за счет преобразования энергии, получаемой от различных типов двигателей (электрического, внутреннего сгорания и т.п.), в частности, – сабельные электропилы и электролобзики, которые уверенно вытесняют «обычные» ручные пилы [4, 5].

В случае экспертизы пиленых повреждений, причинённых ручным пилящим электроинструментом с высокоскоростным возвратно-поступательным движением полотна (электролобзики и сабельные электропилы), при построении модели травмирующего предмета и установлении условий нанесения повреждений важной задачей, наравне с подтверждением или исключением пиленого происхождения

ран, является определение элементного состава поверхности применённой пилки, что в совокупности позволяет достоверно идентифицировать применяемые полотна и соответственно оказывать существенную помощь оперативным и следственным работникам в построении или проверке следственных версий.

В доступной специальной литературе нам не встретилось практических и экспериментальных данных, посвящённых возможности определения отложений металлов на повреждениях кожных покровов человека в случаях применения ручного высокоскоростного возвратно-поступательного пилящего электроинструмента.

Отсюда целью данной работы явилось установление возможности выявления наличия привнесённых металлов в области пиленых повреждений кожи человека.

В ходе работы изучали особенности экспериментальных пиленых повреждений кожных покровов, причинённых сабельными электропилами в различных анатомических областях (предплечье, бедро), со средней частотой движения пилки - 1500 колебаний в секунду.

Для экспериментов применялось одно из наиболее распространённых полотен к возвратно-поступательным электропилам – хромированное оцинкованное полотно с фрезерованными зубьями с простым наружным разводом с высотой зубцов 2,5 мм, шагом 4 мм, степенью развода 1,5 мм.

Объектами исследования явились 20 экспериментальных пиленых повреждений, проведённых поперёк выбранной конечности.

Пилящий инструмент в момент нанесения повреждений находился в руках экспериментатора и наводился под прямым углом к поражаемой поверхности на точки пиления (средняя треть повреждаемой области) предварительно подготовленных объектов.

Полученные повреждения исследовались методом рентгеноспектрального флуоресцентного анализа (РСФА).

Преимущества рентгеноспектрального флуоресцентного метода по сравнению с другими методами спектральных исследований: определение элемента не зависит от химического состава образца, т.к. рентгеновские лучи взаимодействуют с элементами как таковыми; рентгеноспектральный анализ является «не разрушаемым» методом исследования; образцы могут исследоваться без предварительной пробоподготовки; продолжительность анализа одного образца составляет около 20 минут.

Недостатком рентгеноспектрального флуоресцентного метода является низкая чувствительность к таким элементам как сурьма и олово, которые рекомендуется определять методом эмиссионного спектрального анализа.

После нанесения повреждений лоскуты кожи с повреждениями иссекались по сантиметровому шаблону и обрабатывались по способу А.Н. Ратневского (1972).

Дальнейшее исследование лоскутов проводили на рентгено-флуоресцентном спектрометре «Спектроскан LF» – автоматизированном аппарате, который предназначен для элементного анализа химического состава твердых, жидких, порошкообразных образцов. Программно-методическое обеспечение, сопровождаемое спектрометр, позволяет проводить качественный анализ образцов и выполнять дальнейшую обработку полученных спектров. В режиме качественного анализа происходит автоматический поиск спектральных линий элементов, входящих в состав образцов. Таким образом, определяется наличие тех или иных химических элементов. Примененная рентгенооптическая схема, обладающая высокой светосилой, превышает в 100-1000 раз светосилу традиционных спектрометров. Это позволило использовать маломощную рентгеновскую трубку мощностью 40Вт против обычно используемых 4000Вт. Диапазон определяемых элементов от Са до U, чувствительность 0,0001%.

В результате были выделены спектры железа, хрома, цинка, никеля, меди. Высокий холостой сигнал от рентгеновской трубки на аналитических линиях меди, затрудняет ее сравнительный с контролем анализ.

Результаты экспериментов сравнивали между собой, а также с данными специальной литературы [6,7,8,9,10], содержащей сведения о «классических» пиленых повреждениях.

В результате исследования методом рентгеноспектрального флуоресцентного анализа, с последующей математической обработкой результатов, установлено:

На поверхности кожных частей распилов произведённых сабельной электропилой не только обнаружено наличие хрома и содержание железа, но и установлено их пятикратное превышение относи-

тельно контроля. Данное превышение не встречается при применении ручных механических пил, и возникает вследствие высокочастотного трения полотна о поверхность кожи.

Таким образом, при проведении экспертиз пиленых повреждений с помощью рентгеноспектрального флуоресцентного анализа, с учётом морфологической картины, можно не только установить факт применения ручного пилящего электроинструмента с высокоскоростным возвратно-поступательным движением полотна, но и сделать предположение о химическом составе поверхности пилки.

Литература:

1. Колоколов Г.Р. Конспекты лекций для медицинских вузов: Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС; 2005. - 183 с.
2. Медико-криминалистическая идентификация. Настольная книга судебно-медицинского эксперта / Под общей ред. В.В. Томилина. М.: Норма; 2000. - 472 с.
3. Саркисян И.И., Горшков А.Н., Бабаханян А.Р., Назаров Ю.В. Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных дисками углошлифовальных машин: Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений. СПб.: Издательство ДГМА; 2008. - 21 с.
4. Назаров Ю.В., Толмачёв И.А. Причинение повреждений пилящим электроинструментом. Медицинская экспертиза и право 2012; 5: - С. 47-49.
5. Назаров Ю.В., Толмачёв И.А. Судебно-медицинская характеристика пиленых повреждений длинных трубчатых костей, причинённых электролобзиками. Судебно-медицинская экспертиза 2013; 1: - С. 21-23.
6. Эделев Н.С. Об индивидуальной идентификации пил – ножовок по металлу по следам распила костной ткани // Вопросы судебно-медицинской экспертизы и криминалистики. – № 4. Под ред. А.П. Загрядской. Горький: Волго-Вятское кн. изд-во; 1972. - С. 115-118.
7. Загрядская А.П., Эделев Н.С., Фурман М.А. Судебно-медицинская экспертиза при повреждениях пилами и ножницами. Горький: Волго-Вятское кн. изд-во; 1976. - 119 с.
8. Загрядская А.П., Эделев Н.С., Одинцов Н.В. К судебно-медицинской характеристике пилящего орудия по повреждениям на коже и костной ткани человека // Судебно-медицинские записки. Кишинев: Штиница; 1977. - С. 13-15.
9. Азаров П.А. Судебно-медицинская диагностика повреждений пилящими орудиями в зависимости от их конструкции: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук. Москва 2010.- 24 с.
10. Саркисян Б.А. Азаров П.А. Пиленые повреждения. Пособие для судебно-медицинских экспертов, врачей интернов, ординаторов, аспирантов. Барнаул: Параграф; 2012. - 132 с.

Пиголкин Ю.И., Нагорнов М.Н., Леонова Е.Н., Дорофеева Е.Е., Калинин Р.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СЛЕДОВ КАПЕЛЬ КРОВИ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России, Иваново

На месте обнаружения трупа при наличии повреждений, сопровождающихся наружным кровотечением, судебные медики довольно часто выявляют следы капель крови. Информация, полученная при исследовании таких следов, позволяет уточнить некоторые обстоятельства происшествия (высоту, направление, угол падения из источника кровотечения, положение следовопринимающей поверхности, возможные перемещения пострадавшего)[2-5].

С технической точки зрения «капля» - это строго определенное количество жидкости, которое накапливаясь, вначале удерживается поверхностным натяжением, а затем падает на подложку [1].

Под следами капель крови в судебной медицине подразумевают пятна, круглой или овальной формы с относительно ровными краями, диаметром от 0,4 до 3 см [7].

В экспериментальных исследованиях было установлено, что диаметр следа капли крови зависит от объема капли, высоты падения, площади отрыва и структуры поверхности, с которой контактирует капля крови [1, 2, 3, 7, 8].

W.G. Eckert (1997) указал, что объем капли крови составляет от 0,01 до 0,16 мл. H.L.McDonnell (1971), Г.Н. Назаров и Г.А. Пашинян (2003) считали, что средний объем капли приблизительно равен

0,05 мл. По данным T.L. Laber (1985), объем капли крови находится в интервале 0,013 — 0,16 мл [2, 6, 7, 8].

В связи с важным диагностическим значением следов пятен крови, а также вариабельностью ранее полученных данных, считаем необходимым продолжить исследование морфологии следов капель крови. Целью проводимых исследований явилось изучение морфологии следов капель крови объемом 20 мкл при падении на сухую непитывающую поверхность.

Для моделирования следов капель крови использовалась чистая поверхность сухого обезжиренного стекла, на которую наносились капли трупной крови (длительность постмортального периода до 12 часов). Капли дозировали с помощью цифровой одноканальной пипетки Ленпипет «КОЛОП» переменного объема (диапазон 20 мкл – 200 мкл), предназначенной для забора и дозирования точных объемов жидкости.

Моделировалось падение капель крови из источников кровотечения с высоты 5, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 120, 140, 150 и 200 см под углом 90° на сухую гладкую непитывающую поверхность. В каждой группе проведено по 5 экспериментов.

Анализ следов крови проводили по следующим критериям: форма, контур, диаметр следов, наличие и отсутствие зубцов и выступов по контуру, их количество и длина, наличие и отсутствие вторичного разбрызгивания. Рассчитывались площадь материнского следа и площадь, на которой располагались вторичные элементы (брызги).

Измерения производились с помощью штангенциркуля «ШЦ- I-150-0,1 E05701».

Результаты экспериментальных наблюдений фиксировались с помощью цифровой фотокамеры Nikon COOLPIX S6300, по правилам судебной фотографии.

В результате проведенных экспериментов были получены следующие данные о морфологии следов капель крови объемом 20 мкл.

Все, полученные экспериментальные следы капель крови при падении с высоты от 5 до 200 см имели округлую форму. С увеличением высоты падения капель увеличивался диаметр следов от 0,73 до 1,16 см, их площадь от 0,42 до 1,05 см², край приобретал волнистый, затем зубчатый характер, регистрировалось мелкое (пылевидное) вторичное разбрызгивание округлой и булавовидной формы и единичные дополнительные следы капель крови (капли Плато). Капли Плато это обязательный элемент любой капли жидкости. Отсутствие данного элемента в ряде случаев связано с тем, что при малой высоте он часто попадает в основную каплю и сливается с ней. В некоторых случаях капли Плато под действием перемещения воздушных масс изменяли траекторию полета и формировали дополнительный след в одном из секторов, рядом с основным пятном.

Следует отметить, что при падении капель крови с высоты 5, 10 и 20 см следы имели ровный контур, зубцов (выступов) по краю не отмечалось, следы вторичного разбрызгивания отсутствовали.

При увеличении высоты до 30 см по краю следа наблюдались 2-3 тупоконечных выступа – волны высотой до 0,05 см, следы вторичного разбрызгивания отсутствовали.

При падении капель крови с высоты 40 и 50 см следы имели волнистый край, по контуру насчитывалось от 5 до 10 тупоконечных выступов, высотой до 0,05 см, на участке 2,0x2,0 см наблюдались единичные элементы вторичного разбрызгивания в виде округлых пятен диаметром от 0,025 до 0,05 см.

При падении капель крови с высоты 60, 70, 80 и 90 см следы имели выраженный зубчатый край, по контуру насчитывалось 15-19 тупоконечных выступов, высотой до 0,05 см; на участке 10x10 см выявлялись от 1 до 5 элементов вторичного разбрызгивания в виде округлых пятен диаметром от 0,025 до 0,05 см и единичные дополнительные капли Плато округлой формы диаметром 0,05 см, которые располагались на расстоянии 10 см от основного следа.

При падении капель крови с высоты 100, 120, 130, 140 и 150 см следы имели выраженный зубчатый край, по контуру наблюдались прямоугольные выступы в количестве от 18 до 26, высотой до 0,1 см. На участке 20x20 см отмечались от 2 до 8 следов вторичного разбрызгивания округлой формы до 0,05 см в диаметре; в некоторых наблюдениях при падении капель с высоты 100 см и 130 см от края основного следа отходили лучи от 2 до 5 с булавовидным расширением на концах длиной 0,4-0,6 см, шириной – 0,1 см.

При падении капель крови с высоты 200 см следы имели выраженный зубчатый край, наблю-

далось 25-27 прямоугольных выступов, высотой до 0,1 см. На участке 20х20 см наблюдались 2-3 следа дополнительных пятен (капли Плато) округлой формы до 0,05 см в диаметре.

Таким образом, при падении капель крови объемом 20 мкл с высоты от 5 до 200 см под углом 90° на гладких непитьвающих поверхностях формируются следы округлой формы. С увеличением высоты расположения источника кровотечения наблюдается увеличение диаметра и площади следов крови. Край следа ровный при падении капель с высоты от 5 до 20 см, от 30 до 90 см – становится волнообразным с тупоконечными выступами. При увеличении высоты от 100 до 200 см – зубчатым. Наблюдается максимальное растекание основного следа, редкое вторичное разбрызгивание, от 1 до 3 дополнительных капель Плато.

Литература:

1. Гегузин Я.Е. Капля. - М., 1973. -156с.
2. Назаров Г.Н., Пашинян Г.А. Медико-криминалистическое исследование следов крови: практическое руководство. - Н.Новгород. – 2003. – 258с.
3. Пиголкин Ю.И., Леонова Е.Н., Дубровин И.А., Нагорнов М.Н. Новая рабочая классификация следов крови. - Суд.-мед. эксперт. – 2014. – Т. 57. - № 1. - С. 11-14.
4. Станиславский Л.В. К вопросу о классификации следов крови в зависимости от условий их возникновения. - Актуальные вопросы судебно-медицинской травматологии. – Харьков, 1977. – С. 61-64.
5. Bevel T., Ross M. Gardner Bloodstain Pattern Analysis. - N.Y., 2008.– 440p.
6. Eckert W.G. Introduction to Forensic Sciences. – N.Y., 1997. – 385p.
7. Laber T.L. Diameter of a bloodstain as a function of origin, distance fallen and Volume of drop. News International Association of bloodstain pattern analysts. – 1985. – V. 2. – N. 1. - P. 12-16.
8. McDonnel H.L. Interpretation of Bloodstains Physical Considerations. Legal Medicine Annual. - New York. – 1971. – 136p.

Породенко Н.В., Запеева В.В.

СЛУЧАЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ОТ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Кафедра госпитальной терапии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Больной Г., находившийся на лечении в ЦРБ края, скончался от развития массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Назначена судебно-медицинская экспертиза для оценки качества оказания медицинской помощи. На разрешение комиссии экспертов поставлены следующие вопросы:

1. Какие заболевания имелись у пациента в момент поступления в стационар, правильный ли был выставлен диагноз в момент поступления?
2. Правильно ли и своевременно ему была оказана медицинская помощь?
3. Какова причина смерти? Каково время наступления смерти?
4. Повлияло ли на наступление смерти наличие каких-либо сопутствующих заболеваний? Повлияло ли на наступление смерти несвоевременное оказание медицинской помощи?

В качестве экспертов – клиницистов, привлеченных в состав судебно-медицинской экспертной комиссии, нами изучена медицинская карта стационарного больного, результаты патологоанатомического и патолого-гистологического исследований. Выяснено, что больной находился дома, когда у него появились давящие боли за грудиной, чувство нехватки воздуха, одышка, сердцебиение, слабость, резкий пот. Вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая транспортировала пациента в стационар с диагнозом: **«Стенокардия напряжения, впервые возникшая»**. В соответствии с выставленным диагнозом, на догоспитальном этапе проведено лечение: нитроглицерин, анаприлин, аспирин и плавикс в нагрузочных дозах, гепарин внутривенно, физиологический раствор (данная схема лечения соответствует стандарту оказания помощи при таком состоянии). На фоне проводимой терапии наблюдалось небольшое снижение артериального давления, урежение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и повышение сатурации кислорода.

При поступлении в стационар рабочим диагнозом осталась **«ИБС, стенокардия впервые возникшая, Острый коронарный синдром (?)»**.

Рентгенография легких при поступлении не проводилась; на ЭКГ зарегистрированы изменения, которые могли соответствовать диагнозу Острый коронарный синдром (отрицательные зубцы Т в отведениях V1-V6, I).

В связи с артериальной гипотонией (85/60 мм рт.ст.) больного госпитализировали в АРО.

Рентгенография легких выявила деформацию легочного рисунка, расширенные и бесструктурные корни, сохранение прозрачности легочной ткани. Эти изменения являются малоспецифичными и не позволяют выставить диагноз ТЭЛА.

Анализируя электрокардиограмму, записанную через несколько часов, выявлено увеличение глубины зубца Т в грудных отведениях, появление отрицательного зубца Т по задней стенке левого желудочка.

В отделении реанимации проводилось лечение в соответствии со стандартом оказания помощи при остром коронарном синдроме (ОКС), но отсутствовало назначение таблетированных нитратов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).

Вместе с тем, не ясно, почему не было выполнено исследование тропонинового теста в первые сутки пребывания в стационаре. Тест проведен лишь 09.06.14 г. Д-димер не исследовался. Не выполнена эхокардиография, которая должна проводиться при наличии технической возможности в стационаре в первые сутки.

Заслуживает внимания уровень гликемии 14,88 ммоль/л, зафиксированный 06.06.14 г. Этот показатель не отражен в дневниках, больной не консультирован эндокринологом. Уровень глюкозы в динамике от 09.06.14 г. составил 9,82 ммоль/л. Этой же датой выявлен повышенный уровень креатинина.

Отвечая на **первый вопрос**, можно заключить, что в момент поступления больного нельзя было точно определиться с диагнозом. ЭКГ-картина не исключала инфаркта миокарда, рентгенография не подтверждала диагноза ТЭЛА. Верифицировать ТЭЛА позволила бы компьютерная томография легких с введением контрастного вещества, косвенно позволила бы эхокардиография, исследование уровней Д-димера, тропонина (для исключения инфаркта миокарда).

На **второй вопрос**, правильно ли и своевременно была оказана медицинская помощь, можно сказать, что в целом помощь была оказана правильно, к лечению нужно было добавить нитраты и ингибиторы АПФ в малых дозах, тем более, что цифры артериального давления это позволяли сделать.

Общеизвестным является тот факт, что одной из причин затруднений в диагностике тромбоэмболии легочной артерии является то, что ее дебют и дальнейшая клиническая картина могут проявиться в виде достаточно разнообразных симптомов и их сочетаний. Все это нередко затрудняет ее выявление. Возможно, что проведение компьютерной томографии с контрастированием, позволило бы выявить ТЭЛА и применить тромболитическую терапию.

Отвечая на **третий вопрос** - какова причина смерти и время ее наступления, можем сказать, что, в соответствии с заключением патологоанатома, причиной смерти больного стала массивная тромбоэмболия легочной артерии и развитие острого легочного сердца с правожелудочковой недостаточностью. Вместе с тем, остается не ясной причина развития ТЭЛА у больного. Описанный патологоанатомом илеофеморальный тромбоз как причина развития ТЭЛА не нашел подтверждения ни при проведении патологоанатомического, ни патогистологического исследований. На наш взгляд, имел место тромбоз, локализованный в легочных артериях, правых отделах сердца, нижней полой вене и других крупных сосудистых стволах, что наводит на мысль о системном характере поражения, не исключено, что генетически обусловленном. Полагаем, что необходимо привлечь патоморфолога для изучения результатов патологоанатомического и патолого-гистологического исследований с целью установления первичного очага тромбообразования.

На **четвертый вопрос** - повлияло ли на наступление смерти наличие каких-либо сопутствующих заболеваний –считаю, что, в соответствии с приложенной к делу справкой, больной ранее не обращался за помощью ни в стационары, ни в амбулаторные учреждения. Указанные жалобы появились впервые в день вызова бригады скорой медицинской помощи. Если брать за основу только результаты электрокардиограммы, которые указаны патологоанатомом как переоцененные данные инструментального исследования, можно отметить, что **несколько схожая** картина иногда может соответствовать ТЭЛА, но длительностью от 1 до 2 недель. Но типичных для ТЭЛА признаков не было выявлено у больного ни на ЭКГ, ни при рентгенографическом исследовании органов грудной клетки.

Повлияло ли на наступление смерти несвоевременное оказание медицинской помощи? На этот вопрос однозначно ответить сложно. Показанная при ТЭЛА тромболитическая терапия проводится по четким показаниям. Учитывая клинические данные, при поступлении имела место немассивная ТЭЛА, перегрузки правых отделов не наблюдалось, поэтому тромболитическая терапия могла не проводиться, тем более что вопрос об использовании тромболитической терапии у пациентов с немассивной легочной эмболией и гипокинезом правого желудочка остается спорным, а больным с отсутствием признаков перегрузки правого желудочка ее проводить не рекомендуют.

Породенко Н.В., Запевина В.В.

НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Кафедра госпитальной терапии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Низкая приверженность лечению настоящее время является одной из самых сложных проблем в лечении гипертонической болезни (ГБ). Процент пациентов, отказавшихся от постоянной антигипертензивной терапии, остается достаточно высоким. Одной из причин, способствующей низкой приверженности лечению, является наличие сопутствующей патологии, особенно сочетания ГБ и обструктивных заболеваний. Известно, что адекватно лечатся только 5,7% мужчин и 17,5% женщин. Все причины, приводящие к низкой приверженности терапии, можно классифицировать следующим образом: проблемы, связанные с врачами (отсутствие у врача убеждения и настойчивости в необходимости достичь целевого давления), социально-экономические (стоимость лечения) и связанные с пациентом. Наряду с изучением причин и способов устранения низкой комплаентности, проводится изучение процессов структурно-функциональной перестройки миокарда левого желудочка (ЛЖ), изменения параметров суточного профиля артериального давления (АД). Вместе с тем, причины низкой приверженности и характер изменения состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов с сочетанием ГБ и обструктивных заболеваний легких остаются малоизученными.

В связи с этим **целью** работы стали анализ причин, влияющих на приверженность антигипертензивной терапии, изучение динамики структурно-функционального состояния левого желудочка и показателей суточного мониторирования артериального давления у больных гипертонической болезнью, сочетанной с обструктивными заболеваниями легких.

Материал и методы. Изначально в исследование были включены 161 человек, находящихся на лечении в пульмоСКАЛ с сочетанием ГБ с астмой или хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). В течение 6 месяцев наблюдения отказались следовать врачебным рекомендациям по антигипертензивной терапии 52 пациента, ограничившись купирующей терапией. Сочетание ГБ с астмой имело место у 26 пациентов (медиана возраста 57 лет) – первая группа, ГБ и ХОБЛ - у 26 в возрасте 59 лет (55-66) – вторая группа. Критерии включения: наличие гипертонической болезни I-II стадий с уровнями АД, соответствующими 1 и 2 степени; сочетание ГБ с атопической астмой или ХОБЛ вне обострения; отсутствие постоянного приема антигипертензивных препаратов. Из исследования исключались пациенты с вторичным генезом артериальной гипертензии, ишемической болезнью сердца, эндокринными заболеваниями, пороками сердца, онкологической патологией. Всем пациентам двукратно проводилось общеклиническое обследование, эхокардиография по стандартной методике в режиме М- и доплер-эхокардиографии (с вычислением основных показателей), суточное мониторирование АД, исследование функции внешнего дыхания, тестирование по шкалам комплаенса. Шкала комплаенса представляла собой 10 утверждений. Больных, набравших в сумме 0-14 баллов, относили к "высококомплаентным", 15– 19 к "среднекомплаентным", более 20 – к "низкокомплаентным". Вычисляли миокардиальный стресс (МС) ЛЖ и массу миокарда (ММ, г) ЛЖ вычисляли по общепринятым формулам. Значения, превышавшие 134 г/м² у мужчин и 110 г/м² расценивали как гипертрофию ЛЖ [11]. Типы моделирования определяли с учетом рекомендаций [12]. Статистическая обработка проводилась с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Высокую приверженность лечению демонстрируют 26,4% пациентов; 41,4% больных оказался "среднекомплаентным" и 32,2% - "низкокомплаентным". При анализе причин, влияющих на приверженность лечению, выделены следующие: необходимость приема большого количества препаратов – 29%; нет материальных возможностей покупать препараты, рекомендованные врачом - 25%; возможность возникновения побочных эффектов – 19%; необходимость в постоянном приеме лекарств – 15%; иные причины (забывчивость пациентов, трудности контроля качества лечения, низкая информированность пациентов). Помимо этого, половина пациентов указывала на возможность курсового (непостоянного лечения высокого артериального давления).

Исходно при изучении структурно-функционального состояния ЛЖ в группе с сочетанием ГБ и ХОБЛ имели место достоверно большие, чем при ГБ и астме, значения относительной толщины стенки ЛЖ и величины миокардиального стресса ЛЖ, а также более выраженные нарушения систолической и диастолической функции ЛЖ. Трансмитральный кровоток был в 100% случаев представлен «ригидным» вариантом. В обеих группах более чем у 50% больных встречалась гипертрофия ЛЖ. У больных ГБ с астмой чаще диагностировалась эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. В группе пациентов с сочетанием ГБ с ХОБЛ в 50% случаев развивались концентрическое ремоделирование (КР) и концентрическая гипертрофия ЛЖ. Вместе с тем, при наличии ГБ и ХОБЛ почти в 5 раз чаще встречалось КР, чем при ГБ и астме ($\chi^2=8,3$, $p=0,003$). Анализ показателей СМАД выявил большую частоту встречаемости среди больных ГБ в сочетании с ХОБЛ патологических профилей АД «Non-dipper» и «Night-peaker», соответственно в 34,5% и 20% случаев. Такое же число случаев с профилем «Non-dipper» регистрировалось при ГБ и астме - 34%, а число с профилем «Night-peaker» оказалось меньшим – в 14% случаев.

Через 6 месяцев у больных с низким комплаенсом происходило достоверное увеличение САД и ДАД как при измерении ручным способом, так и при повторном исследовании суточного профиля АД. Изменилась и «нагрузка давлением»: достоверно увеличился ИВ САД (на 63,6%). Значимо повысилась вариабельность ДАД на 21,3%. Величина УП САД возросла на 27,6%, а УП ДАД - на 13,1%. Скорость подъема САД в утренние часы увеличилась на 67%, а скорость УП ДАД - на 5,8%, достоверно снизились величины суточного индекса САД и ДАД на 18,3% и 12,5% соответственно. Уменьшилось число больных с адекватным ночным снижением АД, а количество пациентов с патологическими типами кривых «Non-dipper» и «Night-peaker» увеличилось. Отсутствие постоянной антигипертензивной терапии приводило к прогрессированию ремоделирования ЛЖ. Достоверно увеличились КСР, КСО, толщина МЖП, относительная толщина стенки ЛЖ, фракция выброса уменьшилась на 6,9% в сравнении с исходными данными ($p<0,05$). Выросли ММ и ИММ ЛЖ - на 24,6% и 21,3% соответственно ($p<0,001$). Увеличилось на 16,5% и значение миокардиального стресса ЛЖ ($p<0,01$). В группе с сочетанием ГБ и астмы в 4 раза уменьшилось число больных с нормальной геометрией ЛЖ, в 2 раза возросло количество лиц с эксцентрической ГЛЖ. У всех больных с низким комплаенсом через 6 месяцев диагностировался «ригидный» вариант диастолической дисфункции ЛЖ.

Отсутствие регулярной антигипертензивной терапии сопровождалось достоверной отрицательной динамикой основных параметров: на 3,1% уменьшилась величина отношения Е/А, на 7,3% возросло ВИР. У больных с сочетанием ГБ и ХОБЛ через 6 месяцев произошло достоверное увеличение ДАД, измеряемого ручным способом, а также по результатам СМАД. Статистически значимо повысилась вариабельность САД и ДАД – на 12,4% и 18,9% соответственно, увеличилась длительность "нагрузки давлением": для САД – на 41,6%, для ДАД – на 17,5% ($p<0,01$). Достоверные изменения претерпели величина и скорость утреннего подъема АД: значения УП САД увеличились на 10%, ДАД – на 3,6%, скорость УП САД возросла на 40,9% ($p<0,001$).

При отсутствии постоянной коррекции АД изменились суточные индексы АД: на 19,8% уменьшился СИ САД, на 15,5% - СИ ДАД ($p<0,01$). Распределение больных в соответствии с основными типами суточных кривых АД было следующим: преобладание пациентов с неадекватным снижением АД в ночные часы – 12 (46,2%). Нормальный профиль АД выявлен у 7 больных (26,9%). У 6 (23,1%) человек имело место отсутствие снижения АД ночью. В 1 случае кривая суточного профиля имела вид "Over-dipper". При отсутствии постоянного приема антигипертензивных препаратов у этих больных произошло достоверное увеличение КСР и КДР, величины КДО и индекса КДО. Параллельно увеличению размеров полости ЛЖ возрастали ММ и индекс ММ ЛЖ на 9,5% и 8,4% соответственно ($p<0,01$). Величина миокардиального стресса увеличилась на 21,5% ($p<0,01$). Количество больных с эксцентрической

ГЛЖ возросло в 3 раза и составило 46,2%. Это обусловлено уменьшением числа пациентов с НГ и концентрической гипертрофией и исчезновением больных с концентрическим ремоделированием ЛЖ. Достоверно ухудшилась диастолической функции ЛЖ. В 100 % сохранялся «ригидный» тип нарушения трансмитрального кровотока. Изменения структурно-функционального состояния и показателей суточного профиля АД в обеих группах были отрицательно взаимосвязаны с параметрами ФВД, что может указывать на взаимное влияние ухудшения бронхиальной проходимости, прогрессирования процессов ремоделирования в ЛЖ и изменения СМАД. Полученные данные свидетельствуют о нарастании сердечной недостаточности - как систолической, так и диастолической, в обеих группах пациентов.

Заключение. Неэффективный контроль АД способствует прогрессированию ремоделирования, ухудшению диастолической функции и нарастанию тяжести АГ. Для повышения приверженности антигипертензивной терапии пациентов с сочетанием гипертонической болезни и бронхообструктивных заболеваний легких необходимо разработать единую стратегию врача и больного. Важную роль может сыграть организация образовательных школ на базе лечебных учреждений (Астма-школа, школа больного с гипертонией). Учитывая, что при сочетанной патологии первое место среди причин, влияющих на приверженность пациента лечению, занимала необходимость приема большого количества препаратов, необходимо рекомендовать фиксированные низкодозовые комбинации антигипертензивных и бронхолитических препаратов, пролонгированные лекарственные формы. Открытой остается проблема применения дженерических препаратов. В этом случае необходимо рекомендовать к использованию дженерерики с доказанной биоэквивалентностью оригинальному лекарственному средству. Возможно, что эти и другие мероприятия помогут предотвратить прогрессирование ремоделирования, выявленное у пациентов с низкой комплаентностью, что может существенно ухудшать течение заболеваний и значительно повышать риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы. 1. При сочетании гипертонической болезни с обструктивными заболеваниями легких количество пациентов с низкой приверженностью лечению составляет более 30%. 2. Отказ от постоянной антигипертензивной терапии при сочетании ГБ с бронхообструктивной патологией сопровождается прогрессированием ремоделирования, ухудшением систоло-диастолической функции ЛЖ, изменением суточного профиля АД. 3. Характер корреляционной связи демонстрирует взаимовлияние прогрессирования ремоделирования ЛЖ и усиления степени бронхиальной обструкции. 4. Решение вопроса повышения приверженности пациента антигипертензивной терапии при сочетании ГБ с астмой или ХОБЛ должно быть комплексным.

Теплов К.В., Божченко А.П.

УСТАНОВЛЕНИЕ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА НА ОСНОВЕ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ПАЛЬЦЕВ НОГ

*Санкт-Петербургское ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург*

Исследования последних лет показали высокую информативность дерматоглифики при определении общих признаков личности по пальцам рук и ладоням, при установлении кровного родства и опосредованной идентификации личности по пальцам, ладоням и подошвам (Божченко А.П., 2009; Мазур Е.С., 2009; Фандеева О.М., 2010). Мало исследованными остаются вопросы, связанные с оценкой диагностической информативности папиллярных узоров стоп в отношении возможности установления по ним общих признаков личности, в связи с чем мы провели оригинальное исследование взаимосвязи дерматоглифических признаков пальцев стоп и длины тела.

Материал исследования: регистрационные (анкетные) и дерматоглифические карты в отношении 220 человек, содержащие общие сведения о личности обследуемых отпечатки папиллярных узоров пальцев ног. Обследовались живые лица – представители европеоидной расы, мужчины (120 человек) и женщины (100 человек) возрасте от 18 до 83 лет, с длиной тела от 144 до 191 см ($173,1 \pm 9,0$ см), при этом среди лиц мужского пола – $178,7 \pm 6,1$ см, среди лиц женского пола –

166,1±6,8 см. Использовались общенаучные и частные методы исследования, а также специальные методы судебно-медицинской антропологии (антропометрии, получения дактилоскопических отпечатков, разметки и распознавания дерматоглифических признаков). Выделяли три группы признаков: врожденные неизменяющиеся (тип папиллярного узора и его ориентация, рудименты папиллярных линий, гребневой счет); врожденные изменяющиеся (плотность папиллярных линий, высотно-широтный показатель, расстояние между дельтой папиллярного узора и серединой межфаланговой складки, расстояние между центром папиллярного узора и серединой межфаланговой складки); приобретенные изменяющиеся (следы рубцов, белые линии).

Установлено, что для «высокорослых» мужчин (длина тела 179 см и более) наиболее характерными («группоспецифическими») комплексами признаков являются: большое (более 13,0 мм) расстояние между центром узора и серединой межфаланговой складки и узкое поле узора (высокий узор) на втором пальце правой ноги; большое (более 13,0 мм) расстояние между центром узора и серединой межфаланговой складки и малая (менее 17 на 1 см) плотность папиллярных линий на четвертом пальце правой ноги. Для «высокорослых» женщин (длина тела 166 см и более): завитковый либо сложный тип узора (или узор с тибиальным гребневым счетом более 24) и меньше средней (18-19 на 1 см) плотность папиллярных линий на втором пальце правой ноги; завитковый тип узора и умеренная выраженность рудиментов папиллярных линий на втором пальце левой ноги. Для «низкорослых» мужчин (длина тела до 178 см): небольшое (не более 6,0-7,5 мм) расстояние между центром узора и серединой межфаланговой складки на четвертом пальце правой ноги, небольшое (2-7) значение тибиального гребневого счета на первом пальце левой ноги и единичные рудименты папиллярных линий на пятом пальце левой ноги.

Признак (значение) / пальцы	Возрастная группа от 18 до 34 лет					Возрастная группа от 35 до 83 лет				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
тип узора (1 – дуговой, 2 – петлевой, 3 – завитковый)	-1,6	2,7	-	-	-2,2	-	-	-	-	-
гребневой счет (абс. число)	-	-	-0,3	-0,2	0,5	-	-	-0,5	0,4	-
рудименты линий (0 – нет, 1 – есть)	2,4	-	-	-	4,2	-	-	-	-	5,6
плотность линий (абс. число)	-0,8	-	-	-	-	-1,0	1,1	-	-	-
расстояние между центром папиллярного узора и серединой межфаланговой складки (абс., мм)	-	-	-	1,9	-1,2	1,9	-1,6	-	-	-
расстояние между дельтой папиллярного узора и серединой межфаланговой складки (абс., мм)	-	1,2	-	-	-	-1,8	2,0	2,1	2,3	-
высотно-широтный индекс (1 – низкий, 3 – средний, 5 – высокий)	-	-	-	-2,5	2,6	-2,8	-	-	-	-
белые линии (0 – нет, 1 – единичные, 2 – умеренно выраженные, 3 – множественные)	-2,3	-	-	1,8	-2,3	-	2,8	-5,7	-	-
рубцы и дисплазии (абс. число)	-					4,6				
постоянный член уравнения	184,9					159,1				
точность диагностики (±, см)	5,9					6,8				

Для построения диагностических моделей применен множественный регрессионный анализ. Диагностические модели разрабатывались для каждого пальца стопы в отдельности, применительно к лицам мужского и женского пола, а также применительно к лицам первой (от 18 до 34 лет) и второй (от 35 до 83 лет) условных возрастных групп. Всего получено 40 диагностических регрессионных моделей. Наиболее информативны (чаще всего включались в уравнение регрессии) такие признаки, как плотность папиллярных линий, расстояние между центром (и дельтой) и серединой межфаланговой складки, а также рудименты папиллярных линий. Модели, разработанные для лиц младшей возрастной группы, точнее моделей, разработанных для лиц старшей группы (примерно на 1,0-1,5 см). Возможно, отмеченные различия в точности моделей обусловлены тем, что они рассчитаны на выборках с различным

размахом значений признака (в младшей возрастной группе – 39 см, в старшей – 45 см). Если при построении диагностических моделей с учетом возрастной группы учитывать признаки всех пальцев ноги (правой или левой), точность определения длины тела повышается на 1,0-1,5 см и составляет около 6-7 см (см. табл.).

Результаты проверки эффективности разработанных моделей на независимой выборке (дактилокарты 10 мужчин и 10 женщин европеоидной расы, в возрасте от 23 до 55 лет) подтвердили их теоретически рассчитанную точность. Полученные результаты позволяют рекомендовать дерматоглифический метод для решения экспертного вопроса о длине тела неизвестного человека по признакам дерматоглифики пальцев ног в практике судебно-медицинской идентификации личности.

Толкачева А.А., Божченко А.П.

ПЕРВЫЕ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В РОССИИ НА ОСНОВЕ ДАКТИЛОСКОПИИ

*Кафедра судебной медицины ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург*

Первые упоминания о возможности установления личности неизвестного человека по следам рук в отечественной литературе изложены были в статье А. Квачевского «Об уголовном преследовании, дознании и предварительном исследовании преступлений по судебным уставам 1864 года» (1867) - задолго до открытия дактилоскопии как метода идентификации (1888). Первая дактилоскопическая экспертиза на территории Российской империи была проведена в 1909 году в Варшаве по делу об убийстве вдовы Вашкевич. В 1912 году была проведена первая дактилоскопическая экспертиза на территории современной России - в Санкт-Петербурге по делу об убийстве провизора Харламовской аптеки. В обоих случаях преступники были идентифицированы по следам рук, которые оставленным на месте происшествия. Проходя по делу в качестве подозреваемых, они вначале были дактилоскопированы, а в дальнейшем их личность была установлена при сравнении дактилокарт со следокартами (Хазиев Ш.Н., 2002; Божченко А.П., 2009).

Однако это не были случаи первого установления личности неизвестного человека методом дактилоскопии в России. До этого личности преступников неоднократно устанавливались сотрудниками Центрального Дактилоскопического Бюро (ЦДБ), проводившими дактилоскопические исследования в уголовно-розыскных целях (Бастрыкин А.И., 2004). Уже в 1907 году, через год после учреждения Бюро, дактилоскопическую регистрацию прошли почти 12 тысяч человек.

В 1907 году был впервые идентифицирован рецидивист - Михаил Кукушин. История установления его личности такова. В феврале 1907 года в ЦДБ из Тотемской тюрьмы была доставлена дактилокарта на осужденного Михаила Кукушина. Позже он получил освобождение. В сентябре того же года в ЦДБ из Самарской тюрьмы была направлена дактилокарта на арестанта Арсения Шубина, задержанного за бродяжничество. При сравнении этих двух дактилокарт сотрудниками Бюро была обнаружена их полная идентичность – Арсений Шубин и Михаил Кукушин оказались одним и тем же лицом. Всего за период с 1907 по 1916 годы в ЦДБ были установлены личности 1 147 преступников, что составило 1,16% от всех дактилоскопированных на тот период (99 005 человек).

Первое упоминание об идентификации личности неопознанного трупа датируется 1914 годом. Случай произошел в г. Благовещенск, где был обнаружен труп неизвестного мужчины. После изготовления дактилокарты погибшего она была доставлена в ЦДБ, где и исследована. Служащие Бюро установили, что полученная дактилокарта полностью («на уровне индивидуального тождества») совпадает с одной из дактилокарт, имевшихся в картотеке ЦДБ. Погибший неизвестный мужчина являлся Василием Тахоновым, который ранее за убийство был осужден на 12 лет, но бежал с каторжных работ постройке Амурской железной дороги в 1911 году. Всего за период с 1907 по 1916 годы в ЦДБ были установлены личности 11 неизвестных трупов, в том числе найденных на улице и убитых при задержании в момент совершения преступления (0,01% от всех дактилоскопированных).

В первое десятилетие своего применения экономическая эффективность нового метода идентификации, каким была дактилоскопия, была невысокой, однако, не было никаких сомнений в его перспективности и целесообразности дальнейшего развития системы дактилоскопической регистрации в стране.

Травенко Е.Н., Породенко В.А.

СОСТОЯНИЕ АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗЫ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ НА ФОНЕ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

В литературе имеется значительное количество работ о путях регуляции метаболизма этанола, роли и состояния алкогольдегидрогеназы (АДГ) при хронической алкогольной интоксикации [1-7]. Вместе с тем, изучение АДГ у лиц с отравлениями этиловым спиртом на фоне ассоциированной патологии печени не проводилось.

Цель работы – исследование состояния алкогольдегидрогеназной системы в случаях отравлений этанолом у лиц с ассоциированной патологией печени.

Изучение активности АДГ осуществлено гистохимическими методами - по Hess, Scarpelli, Pears (1958) в модификации Т.П. Перовой (1986). Оценку значений проводили методом количественной морфометрии продукта гистохимических реакций с использованием специально разработанной на кафедре (В.А. Породенко, 1996) компьютерной программы «Morfolog».

Уровень АДГ печени определялся в 8 участках печени - четырех поверхностных и четырех глубоких зонах заднего, переднего, медиального и латерального отделов печени на границе сегментов: наружных верхнего и нижнего правых, околосрединных верхнего и нижнего правых, околосрединных верхнего и нижнего левых, наружных верхнего и нижнего левых в 95 случаях смертельных отравлений этанолом и в 15 случаях смерти от быстрой смерти от черепно-мозговой травмы (контрольная группа).

Полученные данные подвергнуты статистической обработке и вычислению средней арифметической и ее ошибке по группам наблюдений с использованием статистического приложения программы Excel (MicrosoftOffice-2007) и программного пакета Statisticav.6.

Проведенные нами исследования показали, что в группе адаптивной гепатопатии (АГП) по сравнению с контролем (К) активность фермента возростала во всех зонах ацинуса: в 1-ой зоне – на 21,2%, во 2-ой и 3-ей на 17,9% и 17% соответственно (табл. 1). И в контроле, и в группе АГП наблюдалось снижение показателей ферментативной активности от 1-ой ко 2-ой зоне с последующим повышением к 3-ей зоне. Эта же тенденция наблюдалась и в других наблюдениях за исключением алкогольного стеатоза (АС).

При АС отмечались наиболее низкие значения уровня АДГ. В сравнении с контролем отмечалось незначительное повышение активности фермента в 1-ой зоне на 2,1% и более выраженное во 2-ой зоне – на 15,4%. В отличие от первых двух групп имелось снижение активности фермента в 3-ей зоне на 12,2%.

Таблица 1.

Показатели активности АДГ в печени

Зоны ацинуса	Группы наблюдений				
	К	АГП	АС	АГ	АЦ
1 (порт)	0,47±0,02	0,57±0,02	0,48±0,01	0,62±0,01	0,75±0,06
2(балки)	0,39±0,02	0,46±0,01	0,45±0,01	0,53±0,01	0,64±0,04
3 (центральная вена)	0,41±0,03	0,48±0,01	0,36±0,03	0,64±0,01	0,69±0,05

У лиц с алкогольным гепатитом (АГ) установлено повышение уровня активности фермента относительно контрольных цифр во всех зонах - на 31,9 - 35,8 - 56,1% соответственно. Эти значения выше чем у лиц с АГП и АС, но ниже чем в группе алкогольного цирроза (АЦ).

При АЦ отмечены наибольшие значения активности АДГ по всем зонам ацинуса; по отношению к контролю повышение составляет 62,6-64,1-68,3% соответственно.

С учетом изложенного, мы приходим к заключению:

1. Для группы АГП характерно повышенная активность алкогольдегидрогеназной системы относительно контрольных значений при совпадении графиков активности (рис. 1). Это может указывать на компенсаторную индукцию фермента при сохраненной детоксикационной функции печени.

2. При АС уровень активности АДГ в отличие от контроля несколько выше в зоне портальных трактов и области балок, но ниже чем в области центра долек. В сравнении с группой АГП имеет место снижение общей активности АДГ во всех зонах ацинуса и изменение динамики – снижение от зоны портальных трактов к балкам и от балок к области центра долек.

Такой характер распределения фермента указывает на то, что проявляется компенсаторная индукция фермента в ответ на высокие дозы этанола, которая носит не выраженный характер. Это может быть объяснено происходящим уменьшением в крови содержания токсических соединений и снижением потребности в детоксикации по мере продвижения крови в синусоидах печени очевидно за счет появления компенсаторно-приспособительной реакции в виде портальной гипертензии (начальный период развития).

3. Для АГ свойственно повышение уровня ферментной активности в сравнении как с группой контроля, так и с группами АГП и АС. Графический анализ также отличается от предыдущих типов графиков, так как наблюдается сначала снижение активности АДГ от портальных трактов к балкам, а затем повышение к центру с превышением исходных показателей.

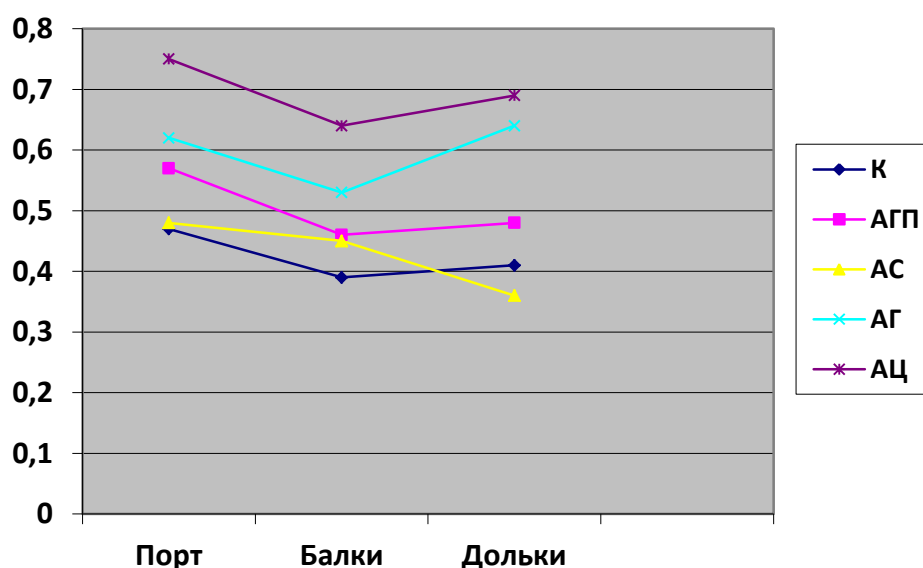


Рис. 1. Тип графиков активности АДГ печени

Это, на наш, взгляд обусловлено компенсаторной индукцией фермента в условиях частичного нарушения детоксикационной функции печени за счет морфо-функциональной ее перестройки и умеренных нарушений кровообращения в условиях формирующейся и субкомпенсированной портальной гипертензии.

4. При АЦ показатели активности АДГ имеют максимальные значения в сравнении с остальными группами наблюдения. Тип графика активности не отличается от контрольного и группы АГП и не соответствует АС и АГ.

На наш взгляд это связано с тем, что АДГ продолжает оставаться высокой в большей степени за счет регенерирующих гепатоцитов, и в меньшей степени - с индукцией фермента в условиях продол-

жающегося снижения детоксикационной функции печени за счет ее значительной морфофункциональной перестройки и выраженных нарушений кровообращения печени в условиях сформированной и декомпенсированной портальной гипертензии.

Литература:

1. Быстрова Е.И. Алкогольокисляющие ферментные системы в судебно-медицинской диагностике скоропостижной смерти от алкогольной кардиомиопатии и ишемической болезни сердца: дис... канд. мед.наук / Е.И. Быстрова. – М., 2009. – 23 с.
2. Зупанец И. А Фармацевтическая опека: клинико-фармацевтические аспекты применения алкоголя в медицине / И.А. Зупанец, Н.В. Бездетко, Л.В. Деримедведь. //2003. - № 4. – с.24.
3. Панченко Л.Ф, Гильямирова Ф.Н., Антоненков В.Д., Виноградова Л.Н., Радомская В.М. Влияние этанола на клеточный метаболизм // Эксперимент.иклинич. психофармакология: Сб. науч. трудов. - М.,1980. - С.73-81.
4. Пиголкин Ю.И. Судебно-медицинская диагностика отравлений спиртами /Ю.И. Пиголкин, И.Н. Богомоллова, Д.В. Богомоллов // М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 576 с.
5. Породенко В.А. Состояние алкогольокисляющих ферментных систем при смертельных отравлениях алкоголем: дис. д-ра мед.наук /В.А. Породенко. – Краснодар, 1996. - 357с.
6. Породенко В.А. Гистоморфологические исследования в диагностике алкогольных интоксикаций / В.А. Породенко, В.Т. Корхмазов, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина // Кубанск. науч. мед.вестник. - Краснодар, 2012. - №5. – С.137-140.
7. Mastumoto M. Ethanol metabolism by Hela cells transduced with human alcohol dehydrogenase isoenzymes control of the pathway by acetaldehyde concentration /M. Mastumoto [et al.] // Alcohol ClinExp Res. - 2011. - Vol., 35. - № 1. - P. 28-38.

Травенко Е.Н.

СОСТОЯНИЕ МИКРОСОМАЛЬНОЙ ЭТАНОЛОКИСЛЯЮЩЕЙ ФЕРМЕНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ НА ФОНЕ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Роль микросомальной этанолокисляющей ферментной системы (МЭОС) как второй и важной ферментной системы утилизации алкоголя обсуждается до настоящего времени и до конца не ясна [1-5]. Ее состояние при отравлениях этиловым спиртом на фоне ассоциированной патологии печени не изучалось, что и явилось целью настоящего исследования.

Материалом для исследования явились 95 смертельных отравлений этанолом, сгруппированных по виду алкогольассоциированной патологии печени: адаптивная гепатопатия (АГП), алкогольный стеатоз (АС), алкогольный гепатит (АГ) и алкогольный цирроз печени (АЦ). Контролем (К) явились 15 случаев быстрой смерти от черепно-мозговой травмы. Уровень маркерного фермента МЭОС - никотинамидаденин-динуклеотидфосфат-диафоразы (НАДФ-Д) печени определяли в 8 ее участках - четырех поверхностных и четырех глубоких зонах заднего, переднего, медиального и латерального отделов на границе сегментов: наружных - верхнего и нижнего правых, околосрединных - верхнего и нижнего правых, околосрединных - верхнего и нижнего левых, наружных - верхнего и нижнего левых.

Изучение активности МЭОС осуществляли гистохимическим методом с оценкой полученных значений количественной морфометрией продукта гистохимических реакций разработанной компьютерной программой «Morfolog» (Породенко В.А., 1997, 2005). Полученные данные подвергнуты статистической обработке и вычислению средней арифметической и ее ошибке с использованием статистического приложения программы Excel (MicrosoftOffice-2007) и программного пакета Statisticav. 6.

Анализ результатов проведенных исследований показал, что в контрольной группе максимальные значения активности НАДФ-Д отмечены в 3-ей зоне ацинусов печени.

Для группы АГП характерно снижение активности фермента во второй и особенно в 3-ей зоне на 14,6% относительно контрольных показателей. В группах же АС и АЦ регистрировали более низкие

значения по всем трем зонам. При АГ уровень фермента был ниже в первой зоне, во второй - одинаков, а в третьей выше на 7,2% (см. таблицу 1).

При АС отмечено снижение уровня активности НАДФ-Д во всех 3-х зонах, особенно в 3-ей - на 50,8% относительно контроля. При АГП, АГ и АЦ она превышала значения в группе АС.

В группе АГ характер распределения фермента в структурах ацинуса и значения его активности приближались к показателям контрольной группы; при этом активность в 3-ей зоне была ниже, чем в контроле на 6,3%, выше относительно АС, АЦ.

При АЦ активность НАДФ-Д в 3-ей зоне ацинусов оказалась на 6,4% ниже контрольных значений.

Таблица 1.

Показатели активности НАДФ-диафоразы

Зоны ацинуса	Группы наблюдений				
	К	АГП	АС	АГ	АЦ
1(порт)	0,58±0,02	0,64±0,03	0,37±0,01	0,56±0,03	0,43±0,01
2(балки)	0,55±0,01	0,54±0,01	0,40±0,01	0,54±0,03	0,38±0,01
3 (центральная вена)	0,63±0,02	0,55±0,01	0,31±0,01	0,59±0,04	0,59±0,02

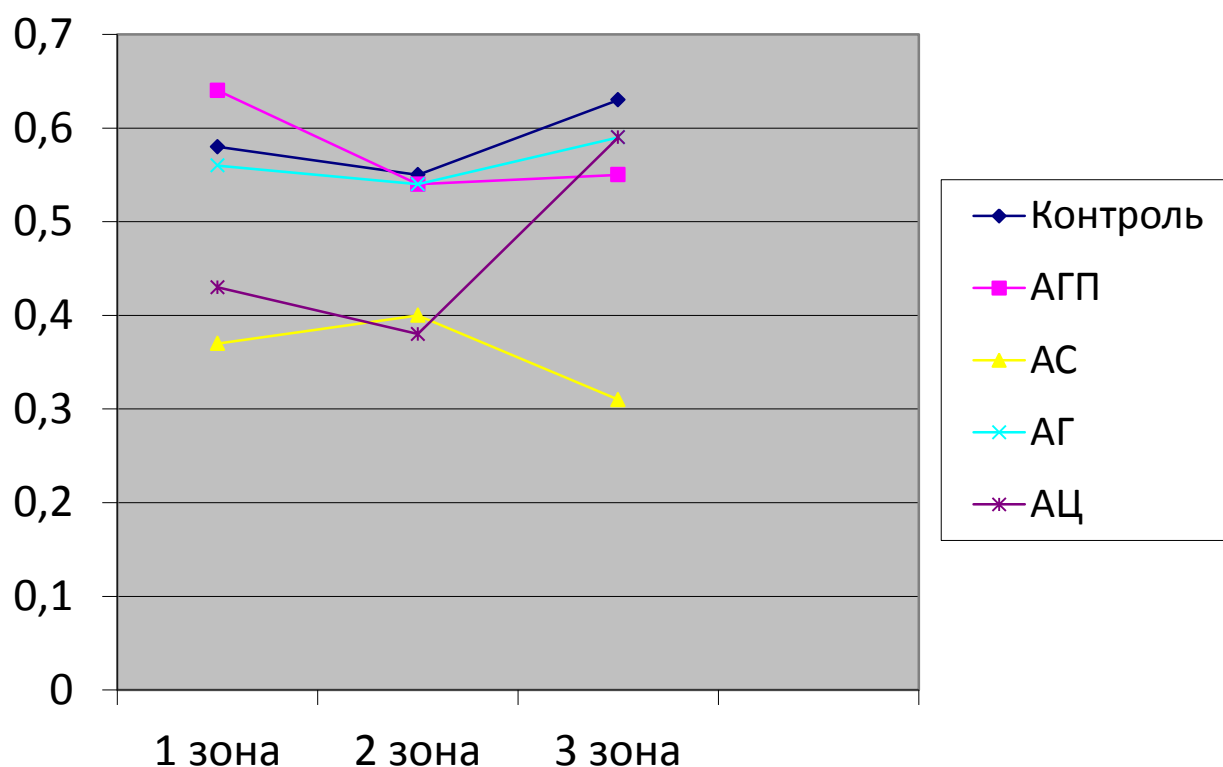


Рис. 1. Тип графиков активности НАДФ-Д печени.

Построение графической модели динамики активности фермента (рис. 1.) показало, что кривые носят однотипный характер в группах К, АГП, АГ, АЦ - снижение уровня НАДФ-Д от 1-ой ко 2-ой зоне с последующим ее увеличением к 3-ей зоне; при этом в группах К и АГ и АЦ увеличение в 3-ей зоне превышает исходное. В группе АС отмечено незначительное повышение активности фермента от 1-ой ко 2-ой зоне с последующим снижением к 3-ей.

На основании полученных сделаны следующие выводы:

1. У лиц с АГП при отравлении этанолом выявлена активация МЭОС, которая может быть обусловлена первичной неспецифической реакцией - индукцией фермента в ответ на разовые приемы высоких доз алкоголя.

2. При АС возникает резкое и быстрое включение в утилизацию спирта МЭОС, что свидетельствует не только об активации этой системы, но и о ее ведущем участии в обезвреживании токсических доз алкоголя (специфический ответ) и формировании высокой толерантности к этанолу.

3. У лиц с АГ наступает угнетение детоксикационной функции гладкого эндоплазматического ретикулума, который в условиях длительной хронической интоксикации высокими дозами алкоголя вызывает усиленную компенсаторную пролиферацию (гипертрофию) и истощение ферментной системы, что приводит к торможению специфического ответа и падению толерантности к алкоголю.

4. Характер распределения активности НАДФ-Д при АЦ, возможно, предопределен приобретенной недостаточностью окислительных ферментов МЭОС и подтверждает отсутствие ее роли в метаболизме этанола при поступлении в организм небольших его доз или свидетельствует о выключении МЭОС из первого этапа детоксикации.

Литература:

4. Власова Н.В. Комплексная дифференциальная диагностика ишемической болезни сердца и алкогольной кардиомиопатии / Н.В. Власова // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 26 с.

5. Зупанец И. А. Фармацевтическая опека: клинико-фармацевтические аспекты применения алкоголя в медицине / И.А. Зупанец, Н.В. Бездетко, Л.В. Деримедведь // Провизор. - 2003. - № 4. – С. 24.

6. Морозов Ю.Е. Активность этанол- и альдегидокисляющих ферментов головного мозга при отравлении этиловым спиртом / Ю.Е. Морозов, Т.В. Козлова, В.К. Мамедов // Судеб.-мед. экспертиза. – 2004. - №5. – С. 18-21.

7. Породенко В.А. Состояние этанолаксилирующих ферментных систем при смертельных отравлениях алкоголем / В.А. Породенко // Суд. - мед. экспертиза, 1997, № 3, 15-18.

8. Породенко В.А. Гистохимические исследования микросомальной этанолаксилирующей системы при смертельных отравлениях этанолом / В.А. Породенко, А.А. Панкратова, Е.Н. Травенко, С.И. Бондаренко // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики: материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков, посвящ. 30-летию Всероссийского общества судебных медиков, 7-9 сентября 2005 г. – М.; Тюмень, 2005. – С. 229.

9. Asai H. Microsomal ethanol oxidizing system activity by human hepatic cytochrome P450s / H. Asai, S. Imaoka, T. Kuroki [et al.] // J. Pharmacol. Exp. Ther. - 1996. - V. 277, № 2. - P.1004 - 1009.

Травенко Е.Н.

СОСТОЯНИЕ КАТАЛАЗНО-ПЕРОКСИДАЗНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ НА ФОНЕ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

В литературных источниках высказываются разные точки зрения относительно степени участия системы каталазы-пероксидазы (КТ-ПО) в окислении этанола [1, 2, 3, 4, 5, 7]. У лиц с отравлениями этиловым спиртом на фоне ассоциированной различной патологии печени состояние КТ-ПО не изучалась.

Цель работы – исследование КТ-ПО в случаях отравлений этанолом у лиц с ассоциированной патологией печени.

Активность КТ-ПО выявлялась гистохимическими методами с помощью разработанного на кафедре судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России ортодизанидинового метода [6]. Оценку значений проводили методом количественной морфометрии продукта гистохимических реакций с использованием специально разработанной на кафедре (В.А. Породенко, 1996) компьютерной программы «Morfolog».

Исследованию подверглись данные 95 судебно-медицинской экспертиз и исследований смертельных алкогольных интоксикаций, сгруппированных по виду алкогольассоциированной патологии

печени: адаптивная гепатопатия (АГП), алкогольные - стеатоз (АС), гепатит (АГ) и цирроз печени (АЦ); контролем (К) явились 15 случаев быстрой смерти от черепно-мозговой травмы. Уровень фермента в печени определялся в 8 участках - четырех поверхностных и четырех глубоких зонах заднего, переднего, медиального и латерального отделов печени на границе сегментов: наружных верхнего и нижнего правых, околосрединных верхнего и нижнего правых, околосрединных верхнего и нижнего левых, наружных верхнего и нижнего левых в 15 случаях смерти от быстрой смерти от черепно-мозговой травмы (контрольная группа).

Полученные данные подвергнуты статистической обработке и вычислению средней арифметической и ее ошибке по группам наблюдений с использованием статистического приложения программы Excel (Microsoft Office-2007) и программного пакета Statistica v.6.

Минимальная активность КТ-ПО соответствовала группе контроля по всем зонам ацинуса с уменьшением ее от зоны к зоне.

При АГП наблюдался рост активности фермента, он оказался выше контрольных значений на 23,5-22,1-41,5% соответственно и показателей у лиц с АС, но ниже чем при АГ и АЦ.

Таблица 1.

Показатели активности КТ-ПО в печени

Зоны ацинуса	Группы наблюдений				
	К	АГП	АС	АГ	АЦ
1 (порт)	1,74±0,09	2,19±0,05	2,18±0,04	2,15±0,02	2,11±0,02
2 (балки)	1,72±0,09	2,18±0,02	2,13±0,04	2,12±0,03	2,10±0,02
3 (центральная вена)	1,54±0,04	2,25±0,02	2,18±0,04	2,16±0,01	2,12±0,02

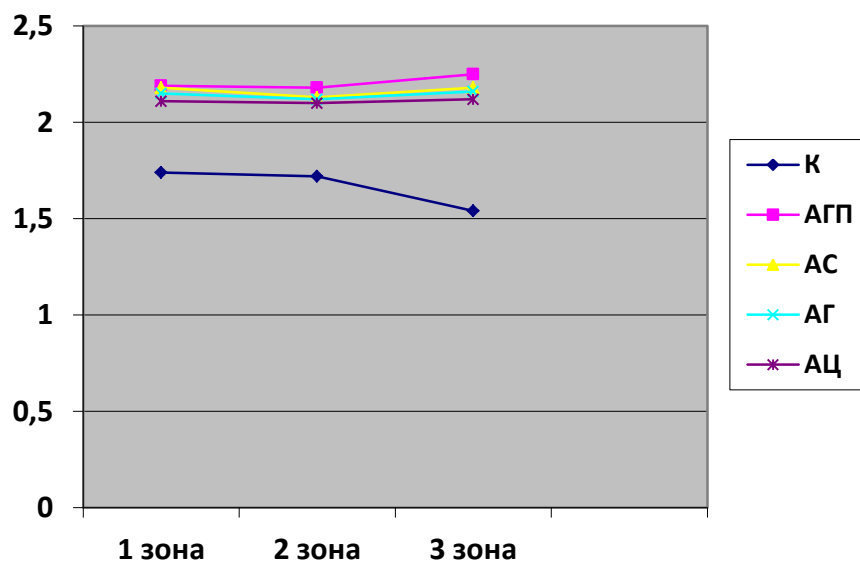


Рис. 1. Тип графиков активности КТ-ПО печени.

При АС отмечалось примерно одинаковое распределение ферментативной активности по зонам ацинуса. Значения ее выше контрольных, групп АГ и АЦ, но ниже чем при АГП.

В группе АГ показатели превышали также контрольные значения на 25,8-27,9-46,1% соответственно; они ниже чем при АГП и АС, но выше чем при АЦ.

В случаях АЦ уровень активности по всем зонам выше контрольных значений, но ниже значений всех остальных групп.

Графический анализ динамики активности КТ-ПО в контрольной группе показывает, что кривая характеризовалась нисходящим отрезком в виде снижения активности фермента от зоны к зоне. В группах АГП, АС, АГ и АЦ - в виде 2-х фазной кривой – снижение активности от 1-ой зоны ко второй с последующим повышением от 2-ой к 3-ей. При этом при АЦ эта фазность столь незначительна, что кривая приобретала прямолинейный характер (график 1).

С учетом изложенного приходим к заключению:

1. При АГП отмечается активация ферментной системы с наибольшим включением центральной части долек печени (3 зона ацинуса), что можно рассматривать как компенсаторную индукцию фермента.

2. При АС отмечается относительно контроля более высокие показатели и в то же время, снижение уровня ферментативной активности в сравнении с АГП, что указывает на включение системы в обезвреживание высоких доз алкоголя.

3. АГ характеризуется снижением активности фермента при относительно высоких показателях относительно контроля, но ниже чем при АГП и АС, что указывает на возрастание роли КТ-ПО в условиях длительной хронической алкоголизации в окислении этанола.

4. При АЦ имеются высокие показатели относительно контроля, но они значительно ниже всех остальных групп. Это свидетельствует, что в условиях нарушения функциональной активности печени за счет ее перестройки каталазный путь играет существенную роль в обезвреживании этанола, в том числе и его небольших доз.

Литература

1. Бардина Л.Р. Влияние активаторов и ингибиторов каталазы на показатели фармакокинетики этанола и ацетальдегида печени и мозга крыс / Л.Р. Бардина, П.С. Пронько, В.И. Сатановская, Е.В. Алиева //Биомедицинская химия. – 2010. – Т. 56, №4. – С. 499-505.

2. Буров Ю. В. Нейрохимия и фармакология алкоголизма /Ю.В. Буров, Н.Н. Ведерникова //М.: Медицина, 1985. - 240 с.

3. Власова Н.В. Комплексная дифференциальная диагностика ишемической болезни сердца и алкогольной кардиомиопатии / Н.В. Власова // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2008. – 26 с.

4. Морозов Ю.Е. Активность этанол- и альдегидоксилирующих ферментов головного мозга при отравлении этиловым спиртом / Ю.Е. Морозов, Т.В. Козлова, В.К. Мамедов // Судеб.-мед. экспертиза. – 2004. - №5 – С. 18-21.

5. Попова Т.Н. Активность систем детоксикации пероксидов в тканях крыс при алкогольной детоксикации / Т.Н. Попова, Т.Н. Рахманова, О.А. Сафонова // Наркология. – 2008. – Т. 7, № 2. – С. 32-35.

6. Резников А.Ю. Диагностические показатели состояния каталазно-пероксидазной системы в танатогенезе алкогольных интоксикаций /А.Ю. Резников, Т.П. Перова, В.А. Породенко В.А. // Всерос. съезд судебных медиков: Тез.докл. Иркутск. –М.,1987. - С. 201-202.

7. Oshino N.R. The characteristics of peroxidatic reaction Of catalase in ethanol oxidation / N.R. Oshino. [et al] //Biochem. - 1973. - V. 131. - P. 557-567.

Чертовских А.А., Тучик Е.С., Асташкина О.Г.

О ЧАСТОТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (случай из практики)

ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы»

Частота встречаемости и информативность отдельных признаков при странгуляционном виде механической асфиксии при различных условиях и обстоятельствах - вопрос во многом дискуссионный и спорный. В то же время известно, что на частоту встречаемости многих из них оказывает влияние ряд трудно учитываемых факторов, таких, как возраст, алкогольное или наркотическое опьянение на момент смерти, хронические заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем и т.д. Соответственно, на первый план в диагностике спорных случаев, когда имеются серьезные подозрения на

насильственный характер смерти, в частности, на странгуляционную асфиксию, становятся специфические признаки, встречающиеся практически в 100% наблюдений и мало зависимые от вышеперечисленных факторов. В таком случае необходимо пользоваться высокоинформативным критерием странгуляционной асфиксии, признаком Тучика-Чертовских-Асташкиной (1) – выявлять кровоизлияние в капсулу и ножку гипофиза в сочетании с полнокровием пещеристого синуса. И именно роль данного признака в уточнении механизма танатогенеза в нижеприведенном случае из повседневной судебно-медицинской практики является достаточно показательной.

Труп неизвестного мужчины на вид 50-60 лет, был обнаружен 04.04.2014 г. в 10 метрах от обочины автодороги в лесополосе, соседствующей с оживленным городским кварталом. При этом обращало на себя внимание, что тело находилось на грунте, на строительном мусоре передней поверхностью тела, голова и шея правыми боковыми поверхностями лица прилежали к грунту, шея - к выступающей из него грани стандартного кирпича. Соответственно месту контакта имелся участок осаднения, отмеченный в протоколе осмотра места происшествия.

Судебно-медицинское исследование трупа произведено 05.04.2014 г. При наружном исследовании на правой половине лица отмечались многочисленные мелкие «свежие» ссадины. На передней и правой боковой поверхностях шеи, в верхней ее трети, - косо вертикальная полосовидная ссадина, шириной от 0,7 до 1,6 см. В нижней трети живота, от уровня пупка и до симфиза, между передними подмышечными линиями обнаружены множественные вертикальные ссадины. Соответственно гребню правой подвздошной кости - косо-горизонтальная полосовидная ссадина. Других повреждений при наружном исследовании трупа не обнаружено.

При внутреннем исследовании в мягких тканях, соответственно вышеописанным ссадинам, отмечались кровоизлияния слабой интенсивности. В мягких тканях у верхнего правого рожка щитовидного хряща имелось очаговое буровато-красное кровоизлияние 2х2х0,2 см; в правой доле щитовидной железы кровоизлияние отсутствовало. Имелся полный поперечный перелом верхнего рожка щитовидного хряща у его основания, с признаками сжатия по наружной и растяжения по внутренней поверхностям. Вход в гортань был свободный, голосовая щель не сужена. Видовые и общеасфиксические признаки странгуляционной асфиксии при наружном и внутреннем исследовании полностью отсутствовали. Гипофиз и его ножка полностью интактные, без кровоизлияний. Пещеристый синус спавшийся. Отмечались признаки возрастных изменений сердечно-сосудистой и легочной систем. В то же время имелся отек ложа и переполнение желчного пузыря, отек фатерова соска, кровоизлияния в поджелудочную железу, переполнение мочевого пузыря.

При биохимическом исследовании подтвердилась прижизненность ссадины на шее, судебно-химическим исследованием обнаружен этиловый спирт в концентрации в крови 3,6‰, в моче 5,1‰.

Принимая во внимание совокупность полученных данных, механическая асфиксия была полностью исключена. Характер повреждений на шее, лице и туловище, их взаиморасположение позволили предположить возможность их получения при падении ничком на твердую неровную поверхность грунта, что нашло свое косвенное подтверждение в проколе осмотра места происшествия. Вероятно, этому способствовала тяжелая алкогольная интоксикация, препятствующая характерным рефлекторным защитным действиям. Отравление алкоголем было признано как логичная причина смерти, учитывая его высокие цифры в крови. Необходимо отметить, что объективной постановке диагноза в данном случае способствовал полноценный осмотр трупа на месте его обнаружения, а также выявление высокоинформативного признака - кровоизлияние в ножку и капсулу гипофиза при полнокровии пещеристого синуса.

Литература:

1. Тучик Е.С., Чертовских А.А., Асташкина О.Г. Способ диагностики причины смерти от механической асфиксии по признаку Тучика-Чертовских-Асташкиной. Патент №2493769 от 27.09.13. - Бюллетень «Изобретения. Полезные модели» . - № 27. – 2013.

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Гукосян Д. И., Задыкян С. Е.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВ ДЕТЕЙ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

«Отношение к детям — это тот показатель, по которому можно судить о зрелости, об уровне развития всего общества».

Д. А. Медведев

Сегодня в России, да и в других европейских странах, большое внимание уделяется семье и в особенности детям, их правам.

В данной работе мы проанализировали права самых уязвимых членов общества в разных странах. Для анализа правовых аспектов мы взяли во внимание три страны: Россия, Германия и США. Также нами проведено анкетирование студентов нашего медицинского университета и интернет-тестирование в социальных сетях, которое позволило учесть мнения людей разных социальных групп и возрастов, опрошено 186 человек.

Большинство прав, прописанных в законодательствах всех трех стран, сходны. Каждый ребенок имеет право жить и воспитываться в семье, общаться с родителями и другими родственниками. Право на имя, отчество и фамилию, на защиту, а также право выражать свое мнение и право на защиту. Но есть и особенности.

В Германии особую роль играет право ребенка на свободное от насилия воспитание. То есть, при воспитании ребенка недопустимы никакие физические наказания. Если каким-либо образом ребенку достался даже шлепок со стороны родителя, такой поступок расценивается как нанесение телесных повреждений. А если этот акт наблюдали очевидцы, то действия родителя могут повлечь уголовную ответственность. Важно также то, что в Германии закон запрещает оскорблять или унижать детей словесно. За такие обычные для российских родителей слова как «дурак» или «идиот» у родителей в Германии могут возникнуть серьезные проблемы с законом.

Безусловно, родители должны принимать непосредственное участие в воспитании детей, но не посредством насилия, будь оно словесным и уж тем более телесным. В России, в соответствии со статьей 54 семейного кодекса РФ, ребенок имеет право на уважение его человеческого достоинства. На деле же в результате нашего анкетирования выяснилось, что 49% опрошенных подвергались физическим методам воспитания в детском возрасте, 6% относятся положительно к «словесному воспитанию» детей.

В США есть закон, предусматривающий ответственность родителей «за создание ситуации, опасной для жизни ребенка». Имеется конкретный пример. Молодая семейная пара с ребенком из России переехала жить в США. Молодые люди решили посетить модную ночную дискотеку. По каким-либо причинам найти няню для ребенка не удалось. Супруги решили, что ничего страшного не будет, если пятилетняя девочка останется одна, тем более что они не раз практиковали в Москве. Но им не повезло. Проснувшись ночью, девочка начала плакать и звать маму. Бдительные соседи, увидев что ребенок в квартире один, вызвали полицию. Девочку сразу отвезли в больницу, чтобы удостовериться, не подвергалась ли она физическому насилию, после чего передали в городскую службу надзора за малолетними. Пришедшие с вечеринки родители, не найдя дочь дома, сразу отправились в полицию, где их и настигло американское правосудие. За то, что они подвергли жизнь ребенка опасности, молодые люди были арестованы. Только через неделю молодая пара смогла забрать дочь домой. Теперь семью регулярно навещает представитель службы охраны детей, интересуясь состоянием девочки и условиями ее проживания.

По данным нашего опроса, 63% респондентов применили бы к родителям уголовное наказание за создание такой ситуации. Вместе с тем, 67% опрошенных, оказавшись на месте соседей, сначала бы обратились к родителям. В России статья 156 УК РФ предусматривает ответственность за неиспол-

нение обязанностей по воспитанию ребенка, «если это деяние соединено с жестоким обращением с несовершеннолетним». Жестокое обращение может выражаться в непредоставлении питания, запира-нии в помещении одного на долгое время, систематическом унижении достоинства ребенка, издева-тельствах, нанесении побоев. Также можно обратиться к статье 125 УК РФ («Оставление в опасности») заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности.

В России государство также стоит на страже защиты детей. Так, общество не скоро забудет во-пиющий случай, когда мать оставила пятилетнюю девочку на балконе в 10-градусный мороз «поды-шать свежим воздухом». В связи с нарушениями опорно-двигательного аппарата она не могла пере-двигаться самостоятельно и провела на холоде 3 часа. Ребенка спас участковый, который услышал плач. Сейчас мать находится под подпиской о невыезде. По факту оставления ребенка в опасности возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 125 УК РФ.

Сегодня передовые страны стараются обеспечить наиболее полную защиту прав детей, которые, с одной стороны, не могут сделать этого сами, а, с другой, – являются основой будущего развития и процветания страны.

Делая вывод, можно с уверенностью говорить о незрелости системы по оказанию должной правовой защиты детей. Дальнейшая тактика, по нашему мнению, должна быть направлена на приня-тие более конкретных и четких мер по предотвращению преступлений против детей. В связи с этим важное значение имеет участие врача в помощи детям с малейшими признаками семейно-бытового насилия, что наиболее часто встречается в нашей стране. В таких вопросах также важна заинтересо-ванность всех членов общества, так как только общим усилием можно прийти к каким-либо положи-тельным результатам.

Ломакина Л.И., Породенко В.А., Травенко Е.Н., Быстрова Е.И., Ильина А.В.

ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ – НОВЕЛЛА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Статья 27 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об ос-новах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах...») указывает на «*Обязанности граждан в сфере охраны здоровья*».

Включение охраны собственного здоровья в сферу обязанностей гражданина произошло впер-вые в истории здравоохранения России в 2011 г. Ранее действовавшие Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан подобной нормы не содержали.

Целью нашей работы является анализ положений данной статьи и соответствующих ей норма-тивных актов.

Часть 1 статьи 27 устанавливает - «*Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здо-ровья*», но об ответственности за неисполнение этой обязанности умалчивает.

Теория государства и права содержит принцип единства прав и обязанностей любого лица (гражданина, организации, государства). С правовых позиций, если лицо не выполняет своих юридиче-ских обязанностей, должна наступать юридическая ответственность, т. е. - обязанность лица, совер-шившего правонарушение, претерпевать определенные лишения или ограничения государственно-властного характера.

Юридическая ответственность предусматривает различные санкции к нарушителям закона - штраф, возмещение ущерба, арест, конфискация и т. д. В зависимости от характера правонарушения наступают различные виды юридической ответственности: дисциплинарная, материальная, админи-стративная, уголовная и гражданско-правовая.

Однако проблема в том, что законодатель не определил, является ли невыполнение обязанно-стей в сфере охраны собственного здоровья правонарушением. Поэтому мы не можем точно указать,

какие юридические последствия могут быть при отсутствии у гражданина заботы о собственном здоровье.

Значит ли это, что сформулированная в ч. 1 ст. 27 правовая норма является декларативной, поскольку действующее законодательство не предусматривает равным счетом никакой ответственности за уклонение от исполнения такой обязанности. Гражданин не может быть привлечен к юридической ответственности не только за легкие формы уклонения от заботы о своем здоровье, но и за тяжелые. Так, человек может потерять трудоспособность, стать глубоким инвалидом в результате курения табака или злоупотребления алкоголем, но правовых норм, наказывающих за такое поведение, нет. Практически единственным видом наказания за причинение вреда своему здоровью является административная ответственность за немедицинское употребление наркотических средств (ст. 6.9 КоАП РФ).

Уголовная ответственность за членовредительство (ст. 339 УК РФ), не имеет отношения к охране здоровья, так как охраняет интересы воинской службы.

В этом аспекте можно только проанализировать проблему обязанности родителей заботиться о здоровье своих детей. Согласно п. 1 ст. 63 Семейного кодекса РФ, *«Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей»*. Также к этому относится норма п. 1 ст. 65 СК РФ — *«...При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей»*.

Обязанность родителей осуществлять охрану здоровья ребенка реализуется путем заключения с лечебным учреждением договора на оказание медицинской помощи несовершеннолетнему.

Статья 121 СК РФ предусматривает защиту прав и интересов детей органами опеки и попечительства при создании действиями или бездействием родителей условий, представляющих угрозу жизни или здоровью детей либо препятствующих их нормальному воспитанию. При непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он находится, на основании соответствующего акта органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации (п. 1 ст. 77 СК РФ).

Отдельной проблемой, возникающей перед врачами, является правомерность отказа от медицинского вмешательства, когда это касается лица, не достигшего возраста 15 лет (для больных наркоманией — 16 лет). Родители, будучи законными представителями ребенка, могут написать данный отказ, мотивируя это либо религиозными соображениями, либо недоверием к врачам, либо непониманием сложности ситуации с медицинской точки зрения, и по ряду других причин. Но нельзя исключить умысел на причинение вреда ребенку под предлогом отказа от медицинского вмешательства.

Можно ли расценивать отказ от медицинского вмешательства по жизненным показаниям как злоупотребление родительскими правами? Пункт 5 статьи 20 ФЗ «Об основах...» предусматривает при отказе родителей от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни ребенка, право медицинской организации обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Однако санкциями для родителей может быть только лишение или ограничение родительских прав.

Правда, Кодекс РФ об административных правонарушениях содержит статью 5.35, угрожающую предупреждением или административным штрафом в размере от ста до пятисот рублей за *«неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних»*. Кроме того, статья 6.10 грозит родителям административным штрафом до двух тысяч рублей за вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе.

А вот Закон Краснодарского края об административных правонарушениях от 17 июля 2003 г. 608-КЗ (в ред. от 31.03.2014 № 2936-КЗ) содержит статью 2.9, которая в части 3 предусматривает административный штраф от 100 до 500 рублей за необеспечение родителями (лицами, их заменяющими) мер по содействию физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному

развитию детей в соответствии с частями 3 – 7 статьи 3 Закона Краснодарского края «О мерах по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Краснодарском крае».

Таким образом, обязанности родителей (или лиц их заменяющих) по сохранению здоровья детей подкреплены определенными видами юридической ответственности, в отличие от обязанности граждан заботиться о своем здоровье.

Анализируя положения части 2 статьи 27 ФЗ «Об основах...» об обязанностях граждан проходить медицинские осмотры, медицинское обследование и лечение в случаях заболеваний, представляющих опасность для окружающих, мы должны обратиться к проблемам недобровольного оказания медицинской помощи, принудительным мерам медицинского характера и вопросам умышленного заражения другого лица такими болезнями, как ВИЧ-инфекция, венерические болезни (УК РФ ст. 121-122).

Обязательное медицинское обследование предусмотрено, например, ст. 33 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; ст. 10 ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ». Административная ответственность установлена за сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения (ст. 6.1 КоАП РФ).

Часть 3 статьи 27 ФЗ «Об основах...» относится к пациентам лечебных учреждений, - «Гражданин, находящийся на лечении, обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях».

Аналогичная норма применительно к пациентам из числа застрахованных в режиме обязательного социального страхования содержится в п. 3 ч. 2 ст. 4.3 ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». Застрахованные лица обязаны «:...3) соблюдать режим лечения, определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения больного в медицинских организациях...». В случае невыполнения такой обязанности страховщик вправе взыскать с виновного причиненный ущерб. Такой ущерб может быть, к примеру, в виде дополнительных расходов страховой организации на оплату лечения, если такие расходы вызваны нарушением режима лечения со стороны пациента.

В статье 58 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г. указывалось, что «Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения».

В ФЗ «Об основах...» 2011 г. в статье 70 «Лечащий врач» указание на «несоблюдение пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения» исчезло. И хотя лечащий врач может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, пациент не пострадает, так как должностное лицо (руководитель) медицинской организации должно организовать замену лечащего врача.

В заключение следует подчеркнуть, что в юридическом аспекте обязанности пациента - это все конституционные обязанности гражданина плюс его обязанности соблюдения режима лечения и правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, в которое он обратился. А декларируемая обязанность в виде заботы о сохранении собственного здоровья - это не обязанность, а пожелание, которое может быть реализовано только при принятии личности ответственности за собственное здоровье путем формирования и соблюдения здорового образа жизни.

Литература:

1. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 04.11.2014)
2. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 05.04.2013 с изменениями, вступившими в силу с 08.05.2013)
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г. (в ред. ФЗ от 22.10.2014 № 314-ФЗ).
4. Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" (с изменениями и дополнениями от 21 июля 2014 г. № 216-ФЗ).

5. Закон Краснодарского края об административных правонарушениях от 17 июля 2003 г. 608-КЗ (в ред. от 31.03.2014 № 2936-КЗ).

Ломакина Л.И., Породенко В.А., Травенко Е.Н., Быстрова Е.И., Ильина А.В.

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Целью настоящей работы явился анализ современного законодательства в области иммунопрофилактики в контексте повышения эффективности правовой подготовки как специалистов медико-профилактического дела, так и специалистов здравоохранения в целом.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ «Об основах...»), принятый 1 ноября 2011 г. (в ред. ФЗ от 22.10.2014 № 314-ФЗ) в статье 1 дает определение понятия «профилактика». Анализ данного понятия позволяет выделить составляющие профилактики:

- 1) формирование здорового образа жизни,
- 2) предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний,
- 3) раннее выявление заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития,
- 4) устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Приоритет профилактики выделен в качестве одного из основных принципов охраны здоровья (ст. 4 ФЗ «Об основах...»).

В статье 12 ФЗ «Об основах...» определены пути обеспечения приоритета профилактики в сфере охраны здоровья (рис. 1).



Рис. 1. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

В главе 5 ФЗ «Об основах...» «Организация охраны здоровья» статья 30 посвящена профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни (рис. 2).

Профилактика	Кем осуществляется	Каким путем
Инфекционных заболеваний	<ul style="list-style-type: none"> - органами государственной власти, - органами местного самоуправления, - работодателями, - медицинскими организациями, - общественными объединениями 	- разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям.
Неинфекционных заболеваний	<ul style="list-style-type: none"> - органами государственной власти, - органами местного самоуправления, - работодателями, - медицинскими организациями, - образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, - общественными объединениями 	- разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни.
Формирование здорового образа жизни		- проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

Рис. 2. «Статья 30 ФЗ «ОБ ОСНОВАХ...» - Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Анализ положений статьи 30 показывает, что законодатель разделяет профилактику на две категории – инфекционных и неинфекционных болезней. Оба вида профилактики должны осуществляться путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, но если иммунопрофилактика осуществляется в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то для неинфекционных заболеваний таких гарантий не предусмотрено.

С каждым годом число инфекционных заболеваний, для профилактики которых используются вакцины, увеличивается. В современных условиях иммунопрофилактика применяется и для предупреждения заболеваний, ранее считавшихся неинфекционными (рак шейки матки, цирроз печени).

Базовым документом, определяющим политику государства в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, стал Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 02.07.2013) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (далее – Закон об иммунопрофилактике), который впервые установил в нашей стране правовые основы в области иммунопрофилактики инфекций, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия граждан.

Общие положения Закона об иммунопрофилактике не дают ее четкой классификации. Иммунопрофилактику можно разделить на вакцинопрофилактику и серопрфилактику (введение иммуноглобулинов и сывороток).

В то же время вакцинопрофилактика может быть:

- профилактической – проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок и по эпидемическим показаниям;
- экстренной (неотложная помощь) – вакцинация против бешенства лиц, пострадавших от укусов животных.

Введение сывороток и иммуноглобулинов (серопротекцию) относят к экстренной иммунопрофилактике.

Вакцины Национального календаря профилактических прививок включены в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденный распоряжением Правительства РФ от 11.11.2010 № 1938-р (ред. от 19 декабря 2013 г. N 2427-р) (далее – Перечень ЖНВЛС).

Вакцины календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям в Перечень ЖНВЛС не включены, а значит проведение вакцинации против гепатита А, клещевого энцефалита на эндемичных территориях может проводиться на платной основе. Однако это нарушает ст. 4 Закона об иммунопрофилактике, где указано, что государство гарантирует бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Иммунобиологические препараты для серопротекции (иммуноглобулин противоклещевой для профилактики клещевого энцефалита у лиц, пострадавших от укусов клещей; антирабический иммуноглобулин для иммунопрофилактики бешенства у лиц, пострадавших от укусов животных, и др.) включены в Перечень ЖНВЛС и используются для проведения экстренной иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, что относится к неотложной медицинской помощи.

Иммунопрофилактика регламентируется законами и подзаконными актами, которые охватывают вопросы финансирования, планирования иммунизации; хранения иммунобиологических препаратов; согласия и отказа от прививок; государственных гарантий при возникновении поствакцинальных осложнений и др.

В подпункте 9.8 санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 04.06.2008 №34) указано, что врач, осуществляющий иммунопрофилактику, должен иметь сертификат по одной из специальностей: «педиатрия», «инфекционные болезни», «терапия». Однако прививки против гепатита В и туберкулеза новорожденным в роддоме (согласно национальному календарю профилактических прививок – в 1 и 3–4-й дни жизни соответственно) проводят врачи-неонатологи, имеющие сертификаты по специальности «неонатология». Иммунобиологические препараты применяются и в работе врачей других специальностей. Профилактические прививки против бешенства назначаются врачами-травматологами в травматологических отделениях стационаров, противоклещевой иммуноглобулин – врачами-неврологами в неврологических отделениях. Кроме того, в СП 3.3.2367-08 не указана возможность проведения иммунопрофилактики врачами общей (семейной) практики.

В нормативной базе нет указаний на то, что к проведению вакцинации допускается медицинская сестра. Вместе с тем, в п. 9.8 СП 3.3.2367-08, а также в п. 3.31 санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 03.03.2008 № 15) указано, что иммунизацию проводит медицинский персонал, прошедший подготовку по иммунопрофилактике (обученный правилам организации и техники проведения иммунизации, а также приемам неотложной помощи в случаях поствакцинальных осложнений).

Однако нормативная база, регулирующая подготовку по иммунопрофилактике: категория обучаемых, количество часов и периодичность обучения, учебная база, отсутствует. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации (с изменениями на 9 февраля 2011 года) подготовка по иммунопрофилактике в интернатуре, ординатуре, на циклах первичной переподготовки, сертификационных циклах не предусмотрена.

Требования п. 7.2 СП 3.3.2367-08 о проведении в амбулаторно-поликлиническом учреждении ежегодного семинара по иммунопрофилактике с контролем знаний медицинского персонала и аттестацией, проводимыми администрацией учреждения, с юридической точки зрения не правомерны.

В Федеральный закон об иммунопрофилактике внесены изменения к требованиям по проведению профилактических прививок (ст. 11), которые гласят, что профилактические прививки проводятся в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения либо гражданами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензий на медицинскую деятельность. Особый порядок лицензирования по иммунопрофилактике не предусмотрен.

Согласно Порядку организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении приказа Минздравсоцразвития России от 10.05.2007 № 323, перечисленные работы (услуги) выполняются на основании лицензии, приложения к которой оформляются в соответствии с Перечнем, прилагаемым к Порядку. Иммунопрофилактика как вид деятельности, подлежащий лицензированию, в этот перечень не входит.

СП 3.3.2367-08 не согласуются с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 28.12.2013), где указано, что «каждый человек имеет право на получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, в том числе и иммунопрофилактики по месту прикрепления страхового полиса».

В статье 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике ...» перечислены права и обязанности граждан (рис. 3).

Граждане имеют право получить от медицинских работников полную информацию о проводимых прививках. Медицинский работник (медсестра, фельдшер, врач) обязаны в доступной форме объяснить родителям необходимость той или иной прививки.

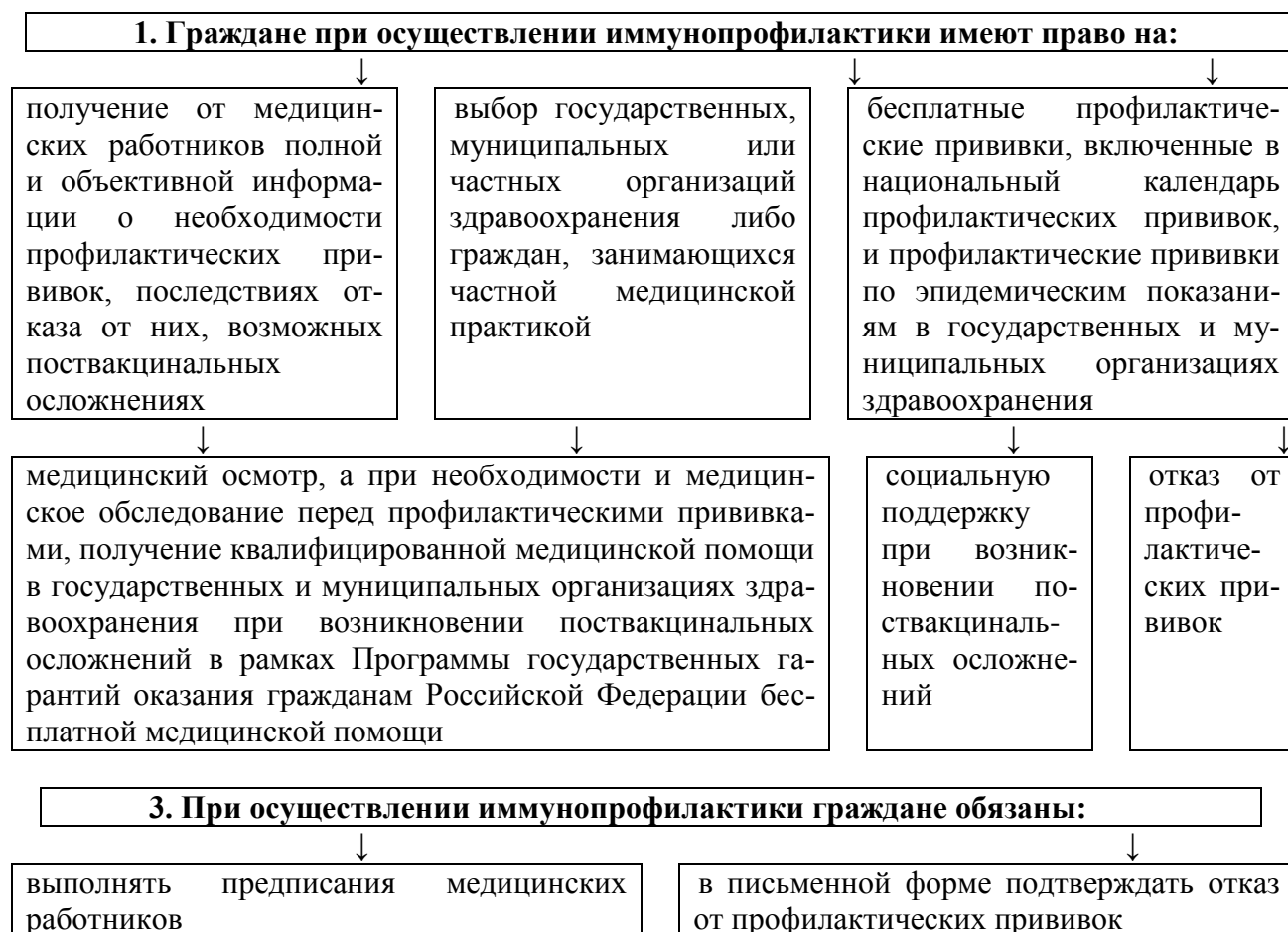


Рис. 3. Статья 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике...».
Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики

Также медицинские работники обязаны заранее проинформировать родителей о сроках конкретных вакцинаций, о том, против какой инфекции проводится прививка, чем опасно заболевание для непривитых, о необходимости наблюдения за ребенком после прививки и обращения к врачу в случаях нарушения самочувствия ребенка. Родители также должны знать о редком, но возможном побочном действии вакцин - поствакцинальных осложнениях.

Очень важным этапом при проведении вакцинопрофилактики является получение информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя. Учитывая вероятность осложнений, необходимо детально описать все возможные последствия вакцинации, а также предусмотреть предоставленное законом право отказа лица от проведения прививок или вакцинации и предупредить его о последствиях отказа. Приказом Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 № 19н утверждена форма информированного добровольного согласия (ИДС) на проведение профилактических прививок детям или отказа от них.

Весьма примечателен следующий факт: хотя в форме ИДС недвусмысленно указано, что до 15 лет (для лица, страдающего наркоманией – до 16 лет) в форме расписываются (и принимают решение) законные представители (чаще всего, родители), на практике повсеместно педиатры предпочитают получать такое согласие от родителей детей до 18 лет! Иной раз расписываются и родители, и дети. Такое поведение педиатров вызвано страхом, что родители предъявят к ним претензии в случае осложнений, а также правовой неграмотностью и слабой правовой защитой врачей. Но в письменной форме не фиксируются такие важные для пациента аспекты, как поствакцинальные осложнения. Данная информация предоставляется пациенту устно, и, расписываясь, он лишь свидетельствует, что такие данные ему были предоставлены. Вместе с тем вопрос об объеме устной информации, предоставленной пациенту (его законному представителю), остается открытым.

В законе определено, что вакцинация является добровольной, т. е. прививки проводят только с согласия родителей ребенка или его законных представителей. Отказ должен быть подтвержден письменно. Никаких ограничений на посещение непривитым ребенком детских учреждений вне эпидемической ситуации по соответствующей инфекции не установлено. В этом же законе предусмотрено право граждан на социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений.

Ситуация усугубляется сложностью перечисления возможных осложнений в каждом конкретном случае прививки или вакцины. В разрабатываемых образцах ИДС обязательным должно быть указание на противопоказания к прививкам.

К сожалению, у врачей нет другого способа воздействия, кроме как убедить пациента сделать прививку. Между тем, низкий охват прививками на терапевтическом или педиатрическом участке снижает выплаты врачу по национальному проекту «Здоровье» (т. н. доплата за работу на территориальном участке).

Документом, регламентирующим порядок вакцинации, является приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

В части 2 ст. 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» перечислены последствия отсутствия профилактических прививок (рис. 4).

Отсутствие профилактических прививок влечёт:

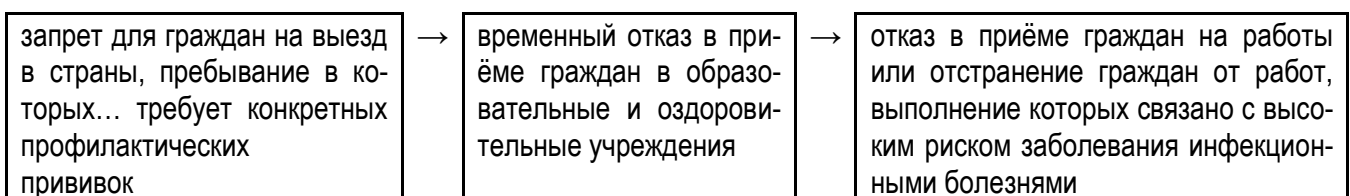


Рис. 4. Статья 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» - Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики – последствия отсутствия профилактических прививок.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825. В перечне последним стоят «Работы во всех типах и видах образовательных учреждений». Внятного объяснения риска заболевания инфекционными болезнями в образовательных учреждениях нами не обнаружено.

В статье 11 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» перечислены требования к проведению профилактических прививок:

«1. Профилактические прививки проводятся гражданам в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения либо гражданами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензий на медицинскую деятельность.»

2. Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.»

3. Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний.»

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.»

4. Профилактические прививки проводятся в соответствии с требованиями санитарных правил и в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.»

Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок приведены в Методических указаниях (МУ 3.3.1.1095-02. 3.3.1. утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.01.2002 г. Текст документа по состоянию на июль 2011 года).

За последние годы количество противопоказаний к введению вакцин заметно сократилось. Это связано как с улучшением качества иммунобиологических препаратов, так и со значительным расширением и углублением знаний об этиопатогенезе поствакцинальных осложнений.

Широкий перечень противопоказаний, применявшийся на протяжении многих лет в нашей стране, был составлен на основе существовавших противопоказаний к оспенной вакцинации. Современная вакцинология не стоит на месте - совершенствуется технология производства и очистки вакцин, снижается концентрация балластных веществ и самих антигенов. После обобщения научных данных и практических результатов было доказано, что дети с различными хроническими заболеваниями в основном хорошо вырабатывают специфический иммунитет, при этом осложнения течения основного заболевания у них не наблюдается. Пересмотрено отношение к проведению прививок детям с иммунодефицитными состояниями, а также с заболеваниями, обусловленными иммунопатологическими механизмами.

Обязательно проводят вакцинацию детей-инвалидов с разнообразными поражениями нервной, эндокринной систем, опорно-двигательного аппарата и др. Несоблюдение противопоказаний, необоснованные медицинские отводы от прививок зачастую приводят к тому, что дети с соматической патологией, аллергическими заболеваниями, неврологическими дефектами оказываются беззащитными перед инфекционными болезнями, протекающими особенно тяжело.

Статьи 18, 19, 20 и 21 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» детализирует право граждан на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений (рис. 5).

Расследование поствакцинальных осложнений производится в соответствии с методическими указаниями, утвержденными Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 04.03.2004 г. (Текст документа по состоянию на июль 2011 года).

Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 августа 1999 г. № 885.

При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право		
На получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей.	Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения,	На пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением
В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей имеют члены его семьи	имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1000 рублей	Один из родителей (иной законный представитель) или иной член семьи имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении в размере, установленном федеральным законом

Рис. 5. Права граждан при возникновении поствакцинальных осложнений

Как видно из проведенного анализа, наличие такого количества действующей нормативной документации свидетельствует о сложности процесса иммунопрофилактики на всех этапах ее организации и о большой ответственности медицинских работников при осуществлении данного вида медицинской помощи. Нерешенные с юридической точки зрения вопросы принимают парадоксальный характер. Это отражается на качестве оказания профилактической помощи, подрывает доверие граждан к вакцинации, формирует негативное отношение общественности к иммунопрофилактике.

Причины отказа от вакцинации, пожалуй, - самый частый вопрос, интересующий специалистов, занимающихся вопросами этики в вакцинопрофилактике. Тщательное изучение этого вопроса позволит определить отрицательные факторы, влияющие на процесс формирования доверительного отношения населения к вакцинации и найти пути устранения этих факторов.

Доказательство причинной связи нежелательного явления любой тяжести, возникшей в определенных временных рамках после проведенной вакцинации, – крайне сложная задача, решение которой требует значительных материальных, интеллектуальных и моральных вложений и не всегда имеет четкий и однозначный ответ в силу разных обстоятельств, в основном не зависящих от пациентов. Объем мероприятий по социальной поддержке, гарантированный государством, невозможно сопоставить с материальными и моральными затратами пациента и его родных при возникновении поствакцинального осложнения. Нежелательные явления любой тяжести, не включенные в Перечень поствакцинальных осложнений, вообще не подлежат компенсации, а порядок предоставления пособий неудобен и утомителен для пациента. Формальный и однозначный подход к данному вопросу может оказать негативное влияние на процесс формирования отношения общества к вакцинопрофилактике.

Таким образом, детальный анализ нормативно-законодательного статуса и организационных механизмов обеспечения качества иммунопрофилактики свидетельствует о наличии ряда нерешенных вопросов, касающихся системы регистрации и оценки нежелательных явлений, действенного обеспечения прав и социальной защиты пациентов и врачей, распространения государственных гарантий на все аспекты проведения иммунопрофилактики в учреждениях здравоохранения вне зависимости от форм собственности.

Отдельного внимания заслуживает сфера профессиональной подготовки медицинских работников всех специальностей по вопросам вакцинопрофилактики (в том числе с включением правовых и этических проблем) на до- и последипломном этапах.

В целом исторический опыт отечественной системы здравоохранения в предупреждении инфекционных заболеваний уникален. Перспектива совершенствования организации вакцинопрофилактики в РФ – это достижение ее гармонизации с международными стандартами и критериями оценки

качества на всех этапах с позиций эффективности, безопасности, справедливости, социальной и гуманитарной ответственности.

Литература:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г. (в ред. ФЗ от 22.10.2014 № 314-ФЗ).
2. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 02.07.2013) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
4. Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок. Утвержден Постановлением Правительства РФ от 15 июля 1999 г. № 825 (действующий).
5. Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий. Утвержден Постановлением Правительства РФ от 2 августа 1999 г. № 885 (действующий).
6. Обеспечение безопасности иммунизации. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2342-08. (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 03 марта 2008 г., №15 (действующий)).
7. Методические указания МУ 3.3. 1879-04. Расследование поствакцинальных осложнений. (утв. Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004. Текст документа по состоянию на июль 2011 года).
8. Методические указания МУ 3.3.1.1095-02. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок. (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.01.2002 г.). Текст документа по состоянию на июль 2011 года.
9. Вартапетова, Н.В. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в стационарах //Здравоохранение, – 2013. – №4. – С. 76-84.
10. Рудаков, Н.В., Новиков, А.И., Патюков, А.Г., Стасенко В.Л., А.С. Крига А.С.. Интеграция науки и практики как механизм подготовки высококвалифицированных специалистов в области профилактической медицины. /Актуальные проблемы и перспективы развития российского и международного медицинского образования. Вузовская педагогика: материалы конф. / гл. ред. С. Ю. Никулина. – Красноярск: Версо, 2012. - С. 137-139.

Ломакина Л.И., Породенко В.А., Травенко Е.Н., Быстрова Е.И., Ильина А.В.
**НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОХРАНЕ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ,
 ОТНОСЯЩЕЕСЯ К ВРАЧЕБНОЙ ТАИНЕ**

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

В последние годы можно наблюдать усиление тенденции контроля за медицинской деятельностью со стороны общественности и правоохранительных органов. Это касается и института врачебной тайны, который является важнейшим институтом медицинского права.

Сохранность врачебной тайны обеспечивается законодательно с помощью определенных запретов и юридической ответственности за её разглашение.

Законодательное регулирование врачебной тайны следует рассматривать с момента принятия Конституции РФ 1993 г., где в части 1 статьи 23 устанавливается право каждого гражданина на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. В этом же году Федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» определил объем врачебной тайны и субъектов ответственности за её разглашение, а также ограничил случаи предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина.

Врачебная тайна, являясь личной тайной, доверенной врачу, относится к так называемым профессиональным тайнам. На рисунке 1 представлены некоторые профессиональные тайны

Профессиональная тайна



Рис. 1. Профессиональная тайна.

Конфиденциальность сведений, составляющих врачебную тайну, закреплена и в Семейном кодексе Российской Федерации: «...результаты обследования лица, вступающего в брак, составляют медицинскую тайну и могут быть сообщены лицу, с которым оно намерено заключить брак, только с согласия лица, прошедшего обследование» (п. 2 ст. 15).

Правовые нормы о сохранении врачебной тайны детализированы в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (ред. от 04.06.2014 N 142-ФЗ).

Закон гласит, что его целью является обеспечение защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. Закон выделяет специальные категории персональных данных, к которым относит, в числе прочего, сведения о состоянии здоровья гражданина. Обработка специальных категорий персональных данных допускается только в определенных случаях, первым из которых является дача гражданином согласия в письменной форме на обработку своих персональных данных.

С 1 октября 2013 г. вступил в силу Федеральный закон от 02.07.2013 № 142-ФЗ «О внесении изменений в подраздел 3 раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации». Закон устанавливает понятие нематериальные блага в новой редакции. – «*Статья 150. Нематериальные блага* -

1. Жизнь и здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, неприкосновенность жилища, личная и семейная тайна, свобода передвижения, свобода выбора места пребывания и жительства, имя гражданина, авторство, иные нематериальные блага, принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемы и непередаваемы иным способом.

2. ...В случаях и в порядке, которые предусмотрены законом, нематериальные блага, принадлежавшие умершему, могут защищаться другими лицами».

Кроме того, Гражданский кодекс дополнен новыми положениями, касающимися охраны частной жизни.

«*Статья 152.2. Охрана частной жизни гражданина* -

1. Если иное прямо не предусмотрено законом, не допускаются без согласия гражданина сбор, хранение, распространение и использование любой информации о его частной жизни, в частности сведений о его происхождении, о месте его пребывания или жительства, о личной и семейной жизни.

Не являются нарушением правил, установленных абзацем первым настоящего пункта, сбор, хранение, распространение и использование информации о частной жизни гражданина в государственных, общественных или иных публичных интересах, а также в случаях, если информация о частной жизни гражданина ранее стала общедоступной либо была раскрыта самим гражданином или по его воле.

2. Стороны обязательства не вправе разглашать ставшую известной им при возникновении и (или) исполнении обязательства информацию о частной жизни гражданина, являющегося стороной или третьим лицом в данном обязательстве, если соглашением не предусмотрена возможность такого разглашения информации о сторонах.

3. Неправомерным распространением полученной с нарушением закона информации о частной жизни гражданина считается, в частности, ее использование при создании произведений науки, литературы и искусства, если такое использование нарушает интересы гражданина.

4. В случаях, когда информация о частной жизни гражданина, полученная с нарушением закона, содержится в документах, видеозаписях или на иных материальных носителях, гражданин вправе обратиться в суд с требованием об удалении соответствующей информации, а также о пресечении или запрещении дальнейшего ее распространения путем изъятия и уничтожения без какой бы то ни было компенсации изготовленных в целях введения в гражданский оборот экземпляров материальных носителей, содержащих соответствующую информацию, если без уничтожения таких экземпляров материальных носителей удаление соответствующей информации невозможно.

5. Право требовать защиты частной жизни гражданина способами, предусмотренными пунктом 2 статьи 150 настоящего Кодекса и настоящей статьёй, в случае его смерти имеют дети, родители и переживший супруг такого гражданина».

Как видим, защита частной жизни предусмотрена как кодифицированными, так и федеральными законами.

Конкретно соблюдение врачебной тайны, как одной из сторон частной жизни человека, регламентируется статьей 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 22.10.2014 № 314-ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах...») – Рис. 2 - 3.

Необходимо определиться с кругом лиц, которые обязаны хранить врачебную тайну.

Во-первых, носителем, а соответственно, и хранителем врачебной тайны является любой врач. Однако закон не ограничивает перечень хранителей врачебной тайны только врачами, возлагая обязанность по хранению сведений, составляющих врачебную тайну, также на лиц, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей. Таким образом, потенциальным хранителем тайны пациента является любое лицо, которое в той или иной мере получило сведения о пациенте.

Во-вторых, помимо работников медицинского учреждения, в которое обратился пациент, хранителями врачебной тайны могут стать также и иные лица, допущенные к сведениям, содержащим врачебную тайну в силу своих служебных обязанностей. Это могут быть работники государственных органов (органов здравоохранения, правоохранительных органов), страховых медицинских организаций. Они также, как и медицинские работники, с учетом причиненного гражданину ущерба несут ответственность за разглашение врачебной тайны, установленную законом.

Закон устанавливает уголовную, административную, дисциплинарную и гражданско-правовую ответственность за разглашение врачебной тайны.

Понятие	Субъекты, обязанные хранить врачебную тайну	Передача сведений, составляющих врачебную тайну, с согласия гражданина
Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.	Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.	С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Рис. 2. Статья 13 ФЗ «Об основах...», части 1-3 - Соблюдение врачебной тайны.

Начнем с рассмотрения уголовной ответственности.

До 1 января 1997 г. на территории России действовал Уголовный кодекс РСФСР, в который в декабре 1994 г. была введена статья 128.1. предусматривающая уголовную ответственность за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Она предусматривала наказание вплоть до лишения свободы сроком до 2 лет.

Новый Уголовный кодекс объединил данное преступление с иными противоправными действиями в статье 137 «Нарушение неприкосновенности частной жизни». Так, согласно части 1 указанной статьи противоправными действиями являются *«незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации»*. В нашем случае чаще всего будет применяться часть 2, которая предусматривает уголовную ответственность за *«те же деяния, совершенные лицом с использованием своего служебного положения»*.

Более мягкой формой ответственности является административная ответственность, которая предусмотрена статьей 13.14. Кодекса РФ об административных нарушениях *«Разглашение информации с ограниченным доступом»*.

Законодатель и здесь приравнивает ответственность за разглашение врачебной тайны к разглашению закрытой информации вообще. Разглашение информации, доступ к которой ограничен федеральным законом (за исключением случаев, если разглашение такой информации влечет уголовную ответственность), лицом, получившим доступ к такой информации в связи с исполнением служебных или профессиональных обязанностей.

Существует также дисциплинарная ответственность медицинских работников за допущенные ими нарушения, в том числе и в части разглашения врачебной тайны. Она предусмотрена Трудовым кодексом РФ (ст. 192).

Однако привлечение к любому из вышеописанных видов ответственности не освобождает виновного от обязанности возместить пострадавшему причиненный вред. Речь идет о гражданско-правовой ответственности. В гражданском законодательстве понятие врачебной тайны включается в понятие личной тайны. Так, ст. 151 Гражданского Кодекса РФ (*далее - ГК РФ*) определяет, что, если вследствие разглашения врачебной тайны гражданину причинён моральный вред, то суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации такого вреда. При этом следует учитывать, что под моральным вредом понимаются физические и нравственные страдания гражданина, претерпеваемые им вследствие нарушения нематериальных благ или личных неимущественных прав.

Согласно ст. 1068 ГК РФ, юридическое лицо возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, независимо от того, выполнял ли работник работу на основании трудового договора (контракта) или по гражданско-правовому договору, при этом, согласно ст. 1081 ГК РФ, лицо, возместившее вред, причиненный другим лицом (работником-врачом), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу (врачу) в размере выплаченного возмещения.

Однако действующее законодательство в качестве субъекта ответственности за разглашение врачебной тайны указывает не медицинское учреждение, предприятие, организацию, а именно медицинского работника, обязанного в силу ст. 13 ФЗ «Об основах...» сохранять в тайне сведения, составляющие врачебную тайну, и, в нарушение указанной нормы, такие сведения разгласившего.

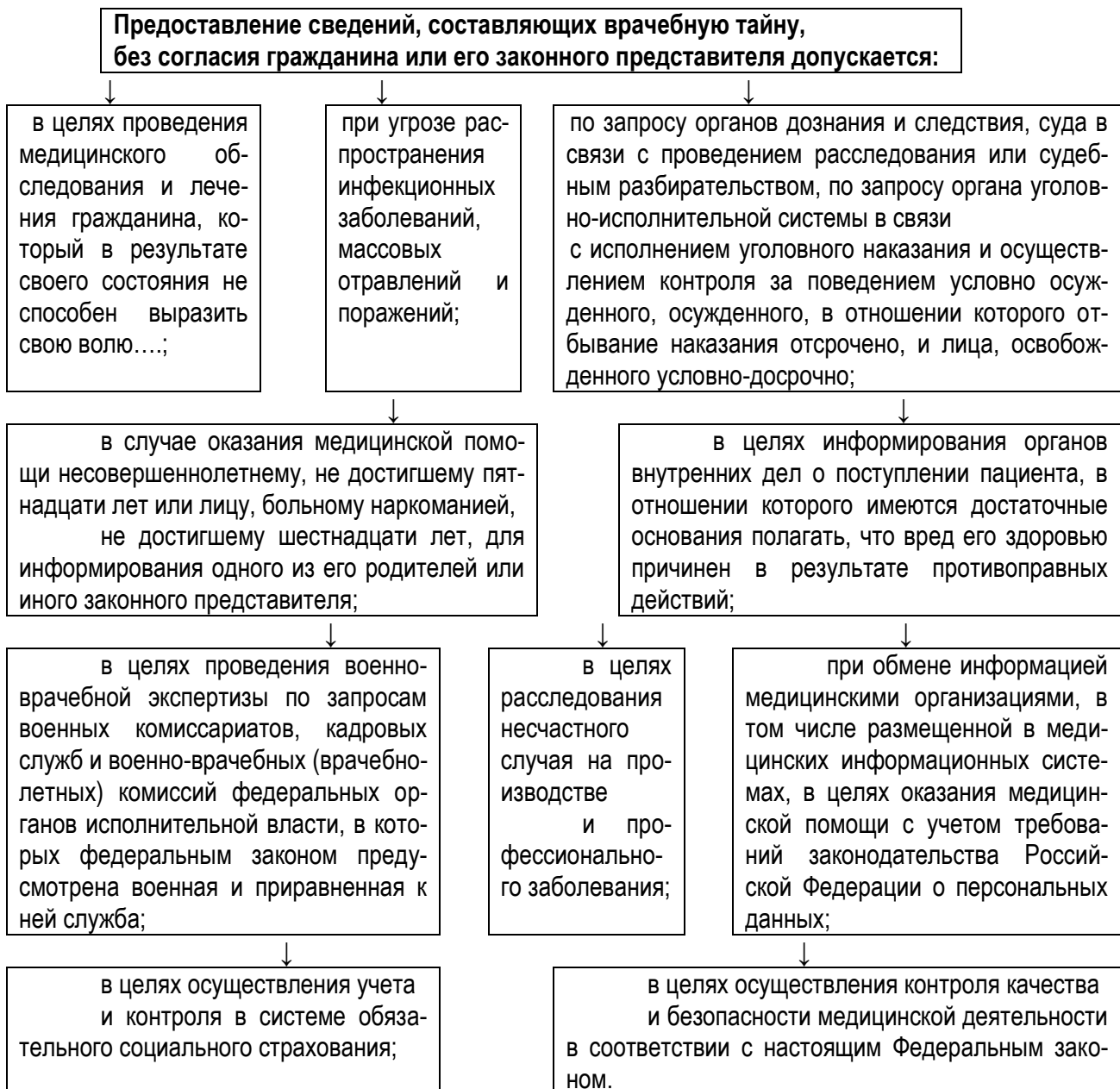


Рис. 3. Статья 13 ФЗ «Об основах...», часть 4 - Соблюдение врачебной тайны.

Таким образом, гражданско-правовую ответственность за нарушение врачебной тайны несет как непосредственно лицо, допустившее подобное нарушение, так и само медицинское учреждение.

Учитывая вышеизложенное, необходимо подчеркнуть, что врачебная тайна — многогранное медицинское, этическое и юридическое понятие. Руководители медицинских учреждений должны пом-

нить о необходимости сохранения врачебной тайны и об основаниях, дающих законное право на ее разглашение, а также доводить эту информацию до сведения всех сотрудников, от врачей-специалистов до регистраторов, так как сохранение врачебной тайны является правовой обязанностью и моральным долгом каждого работника, занятого в сфере здравоохранения.

Литература:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 05.05.2014) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2014).
2. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ (ред. от 4 ноября 2014 г. № 333-ФЗ).
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г. (в ред. ФЗ от 22.10.2014 № 314-ФЗ).
4. Федеральный закон от 02.07.2013 № 142-ФЗ «О внесении изменений в подраздел 3 раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации».
5. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (ред. от 04.06.2014 № 142-ФЗ).

Ломакина Л.И., Породенко В.А., Травенко Е.Н.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ КОНФЛИКТА ИНТЕРЕСОВ В МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЕ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Одним из принципиальных нововведений Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 1 ноября 2011 г. (в ред. ФЗ от 22.10.2014 № 314-ФЗ) (далее – ФЗ «Об основах...» 2011 г.) стало нормативное закрепление понятия «конфликт интересов» и установление порядка его урегулирования.

Следует отметить, что долгие годы проблема конфликта интересов в медицинской среде не находила отражения в медицинском законодательстве, хотя соответствующие нормы готовились давно. Но только в 2009 г. В.В. Путин на совещании «О стратегии развития фармацевтической промышленности» 9 октября в Зеленограде заявил о наличии системы лоббирования российскими врачами интересов крупных фарм-производителей и предложил меры противодействия с помощью введения законодательных запретов на работу фарм-представителей в медучреждениях, а также более жестких норм врачебной этики.

В настоящее время основу правового регулирования конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности составляют нормы статьи 75 ФЗ «Об основах...» 2011 г. - Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности. Как следует из определения, предложенного в Законе:

«1. Конфликт интересов - ситуация, при которой у медицинского работника или фармацевтического работника при осуществлении ими профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность в получении лично либо через представителя компании материальной выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей вследствие противоречия между личной заинтересованностью медицинского работника или фармацевтического работника и интересами пациента.

2. В случае возникновения конфликта интересов медицинский работник или фармацевтический работник обязан проинформировать об этом в письменной форме руководителя медицинской организации или руководителя аптечной организации, в которой он работает, а индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность или фармацевтическую деятельность, обязан проинформировать о возникновении конфликта интересов уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти.

3. Руководитель медицинской организации или руководитель аптечной организации в семидневный срок со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов, обязан в письменной

форме уведомить об этом уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти.

4. Для урегулирования конфликта интересов уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти образует комиссию по урегулированию конфликта интересов.

5. Положение о комиссии по урегулированию конфликта интересов утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Состав комиссии по урегулированию конфликта интересов формируется с учетом исключения возможности возникновения конфликта интересов, который мог бы повлиять на принимаемые указанной комиссией решения».

3 июня 2013 года Минюст РФ зарегистрировал Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. N 1350н, утвердивший «Положение о Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по урегулированию конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности».

ФЗ «Об основах...» распространяет свои нормы о конфликте интересов на всех медицинских или фармацевтических работников независимо от занимаемой должности. При этом следует учитывать обязательное условие – подобные ситуации должны возникать при осуществлении профессиональной деятельности, т. е. деятельности, связанной с реализацией работником профессиональных обязанностей.

В отношении фармацевтического работника такая формулировка в Законе выглядит спорно, поскольку, как правило, фармацевтический работник всегда материально заинтересован продать покупателю более дорогое лекарство, так как объем продаж и заработная плата прямо или косвенно между собой связаны. Можно предположить, что конфликта интересов у фармацевтического работника не произойдет только если он всегда будет предлагать покупателям самый дешевый товар и ничего не будет рекомендовать приобрести дополнительно. Но аптечная организация является коммерческой структурой и вряд ли это одобрит. То есть, у любого аптечного работника конфликт интересов возникает постоянно. Логично предположить, что законодатель в данном случае имел в виду получение прямого или косвенного вознаграждения за продажу конкретных товаров, получаемых непосредственно от представителей фармацевтической компании, однако все же трудно представить себе, что заведующий аптекой, получив такое вознаграждение, в муках совести тут же отправит заявление в Минздрав.

В отношении медицинских работников, также нереально надеяться, что врач или медсестра, получив от представителя фармацевтической компании или пациента не предусмотренное законом вознаграждение, тут же сообщит об этом главному врачу, который в семидневный срок со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов, в письменной форме сообщит об этом в соответствующий орган.

Сразу было понятно, что реально нормы статьи 75 ФЗ «Об основах...» могут заработать только тогда, когда в Кодексе РФ об административных правонарушениях будут предусмотрены санкции за их нарушение. И вот Федеральным законом от 25 ноября 2013 г. N 317-ФЗ глава 6 Кодекса об административных правонарушениях дополнена статьей 6.29, вступившей в силу с 1 января 2014 г.

«Статья 6.29. Невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности:

1. Непредставление медицинским работником информации о возникновении конфликта интересов руководителю медицинской организации, в которой он работает, либо фармацевтическим работником информации о возникновении конфликта интересов руководителю аптечной организации, в которой он работает, -

влечет наложение административного штрафа в размере от трех тысяч до пяти тысяч рублей.

2. Непредставление или несвоевременное представление руководителем медицинской организации уведомления о возникновении конфликта интересов медицинского работника или руководителем аптечной организации уведомления о возникновении конфликта интересов фармацевтического работника в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти -

влечет наложение административного штрафа в размере от пяти тысяч до десяти тысяч рублей.

3. *Непредставление индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность или фармацевтическую деятельность, информации о возникновении конфликта интересов в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти -*

влечет наложение административного штрафа в размере от трех тысяч до пяти тысяч рублей.

4. *Совершение административного правонарушения, предусмотренного частями 1, 2 и 3 настоящей статьи, лицом, ранее подвергнутым административному наказанию за аналогичное административное правонарушение, -*

влечет наложение административного штрафа в размере от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей либо дисквалификацию на срок до шести месяцев».

Следует указать, что до настоящего времени случаев привлечения к административной ответственности по статье 6.29 КоАП в доступной нам литературе не отмечено. Однако именно низкий уровень правовой грамотности создает почву для процветания в медицинском сообществе конфликтов интересов на всех уровнях системы здравоохранения, а типичная форма обмана пациента — назначение лекарств, вмешательств и процедур, за которые врач получает вознаграждение от представителей компаний, производящих лекарства, изделия или услуги. В связи с этим привлечение внимания специалистов здравоохранения к правовому регулированию конфликта интересов следует считать своевременным и целесообразным.

Литература:

Ерохина Т.В. Конфликт интересов при осуществлении медицинской деятельности // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2014. - № 7. – С. 94-102.

Ломакина Г.В., Косенко Н.А.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Кафедра психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Психиатрическая помощь как вид медицинского вмешательства в большей степени, чем другие виды медицинской помощи, затрагивает права и свободы граждан в сфере охраны здоровья. Поэтому процедуры ее оказания регламентированы нормами специального закона – Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (далее – Закон «О психиатрической помощи...»). За время действия данного Закона в него вносились поправки, направленные на усиление гарантий соблюдения прав человека в данной сфере, а также поправки, обусловленные необходимостью приведения отдельных положений в соответствие с меняющимся смежным законодательством.

Серьезной редакции Закон «О психиатрической помощи...» подвергся в 2011 г., в связи с тем, что Европейский суд по правам человека в 2008 г. счел недопустимым отсутствие в Российском законодательстве права душевнобольных быть выслушанными в суде лично или через представителя. А в 2009 г. Конституционный суд России (постановление от 27 февраля 2009 года №4-П) признал неконституционными положения процессуальных законов, допускающих возможность принятия решения о признании гражданина недееспособным на основе одного лишь заключения судебно-психиатрической экспертизы, без предоставления ему самому возможности изложить суду свою позицию. Также высший суд снял ограничения на возможность обжалования принятых решений о недееспособности.

Поправки, внесенные в Закон «О психиатрической помощи...», устранили эти недостатки. Гражданин, в отношении которого подано заявление о признании его недееспособным, должен быть вызван на судебное заседание. При этом особо отмечается, что повестка может вручаться только лично (такая процедура должна исключить возможность злоупотреблений со стороны заинтересованных лиц). Проводить разбирательство без гражданина допускается только при условии надлежащего его уведомления и признания причин неявки неуважительными. В случаях, когда присутствие такого гражданина в судебном заседании создаёт опасность для его жизни и здоровья или для жизни и здоровья окружающих, дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина и с его участием, в том числе в помещении психиатрического стационара.

В целях формирования единообразной правоприменительной практики в Уголовный кодекс, Гражданский процессуальный кодекс и Уголовно-процессуальный кодекс внесены изменения, касающиеся регулирования вопросов назначения и применения принудительных мер медицинского характера, принятия судами решений о госпитализации гражданина в медицинскую организацию и о проведении психиатрического освидетельствования в недобровольном порядке.

Согласно изменениям, внесённым Федеральным законом в Гражданский процессуальный кодекс РФ, гражданин, признанный судом недееспособным, имеет право обжаловать решение суда в апелляционном порядке. Если гражданину не была предоставлена возможность изложить суду свою позицию и суд первой инстанции принял решение о признании гражданина недееспособным, такое судебное решение может быть обжаловано в кассационном и надзорном порядке.

Решение законных представителей несовершеннолетних и недееспособных граждан или органов опеки и попечительства о помещении их подопечных в психиатрический стационар также может быть обжаловано в суде. Однако неясно, кто же будет обжаловать решение законных представителей или органов опеки? Если это сами несовершеннолетние или недееспособные, необходимо уточнение порядка оказания им бесплатной юридической помощи.

Закон «О психиатрической помощи...» вводит новое регулирование оказания психиатрической помощи. В частности, предусматривается, что психиатрическая помощь гражданам, признанным недееспособными, оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей только в том случае, «если лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие...». Правда, термин «состояние» не имеет четких критериев и определений.

Наиболее значительные изменения и уточнения внесены ФЗ от 28.12.2013 № 421-ФЗ. В частности, уточнены виды психиатрической помощи, которая теперь включает в себя психиатрическое обследование, психиатрическое освидетельствование, профилактику и медицинскую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Внесены изменения, касающиеся видов организаций, в которых может оказываться психиатрическая помощь, а также условий и порядка её оказания. Психиатрический стационар отныне именуется как медицинская организация, оказывающая психиатрическую помощь в стационарных условиях, а психоневрологическое учреждение – это стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами.

После принятия в конце 2011 г. Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ «Об основах...»), здравоохранение буквально захлестнула мощная волна нормативных актов, принимаемых во исполнение данного закона. Прежде всего это коснулось порядка и стандартов оказания медицинской помощи, которые разрабатывались и утверждались Минздравсоцразвития, а затем и Минздравом России в соответствии со статьей 37 ФЗ «Об основах...».

Основным подзаконным нормативным документом, регламентирующим психиатрическую деятельность, является ныне «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 566н.

Порядок определил правила оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения в медицинских организациях. В первую очередь установлено, что включается в понятие «психические расстройства и расстройства поведения». Указаны 9 позиций: органические (симптоматические), психические расстройства; психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ; шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; расстройства настроения (аффективные расстройства); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте; умственная отсталость; эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

Затем перечислены виды медицинской помощи - скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь. Как видим, для психиатрии не предусмотрена первая помощь, медицинская помощь, высоко-

технологичная и паллиативная. В то же время помощь при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, должна оказываться в экстренной форме.

Интересно, что термин «психиатрическая помощь» в данном документе заменен на «медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения», которая носит добровольный характер, кроме случаев, регламентированных действующим законодательством Российской Федерации, и предусматривает выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий, оказываемых в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи.

На сайте Минздрава 2.07.2014 было опубликовано большое количество стандартов медицинской помощи, в том числе при психических расстройствах. Новых проектов стандартов лечения психических расстройств в настоящее время нет. Исправления в существовавших стандартах затрагивают как указание видов помощи, так и частоту назначения вмешательств и дозы препаратов. Однако пробелы остаются, так, например, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства имеют только 7 стандартов медицинской помощи, утвержденных приказами Минздрава России в один день – 20 декабря 2012 г. При этом специалистами по просьбе «Гражданской комиссии по правам человека НП» на основании рецензируемой психиатрической литературы сделан вывод о крайней непродуманности присутствующих в данных стандартах перечней препаратов и их дозировок. В целом, стандарты, касающиеся лечения пограничных расстройств, требуют серьезной доработки.

Последняя редакция Закона «О психиатрической помощи...» (ФЗ от 04.06.2014 2014 г.) заменяет «контроль и прокурорский надзор» на «государственный контроль и прокурорский надзор», что, видимо, повлечет за собой принятие соответствующего подзаконного акта.

В заключение следует отметить, что правовое положение граждан с психическими расстройствами регулируется большим количеством отраслей права, при этом законодатель предусматривает для данной категории граждан как систему мер социальной защиты, так и ряд ограничений, в силу которых отстаивание своих прав и законных интересов для этих лиц, как правило, весьма затруднительно, поэтому соблюдение требования оказания медицинской помощи таким пациентам строго в рамках правового поля особенно значимо.

Литература:

1. Акопов В.И., Маслов Е.Н., Урманчеев А.Т., Цуприкова И.Н. Судебно-медицинская экспертиза в связи с незаконным помещением в психиатрический стационар // Администратор суда. 2009. N 3. С. 17 – 20.
2. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами. Изд. 2-е, перераб. и доп. – М: ФОЛИУМ, 2007. – 147 с.
3. Шишков, С. Н. Пробелы и противоречия в законодательстве о психиатрии [Текст] / С. Н. Шишков. //Законность. - 2014. - № 9. - С. 27–32.

Породенко В.А., Ломакина Л.И., Травенко Е.Н., Ильина А.В.

ЮРИДИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ОГРАНИЧЕНИЙ, НАЛАГАЕМЫХ НА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ИМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Целью данной работы является анализ отдельных новелл Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 2011 года (далее ФЗ «Об основах...»), имеющих принципиальное значение для организации деятельности учреждений и специалистов здравоохранения. Представляется целесообразным остановиться на отдельных позициях ограничений, налагаемых на специалистов здравоохранения статьей 74 ФЗ «Об основах...».

В первой части данной статьи перечислены запреты для медицинских работников и руководителей медицинских организаций, во второй части - для фармацевтических работников и руководителей аптечных организаций.

В первой части законодатель исключает право медицинских работников и руководителей медицинских организаций:

- принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций подарки, денежные средства в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха;

- участвовать в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;

- заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий;

- получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам;

- предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную и (или) неполную информацию об используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, в том числе скрывать сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

- осуществлять прием представителей компаний;

- выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия.

Четкого определения термина «подарок» в настоящее время в законодательстве не выработано. В постановлении Правительства РФ от 9 января 2014 г. № 10 «Типовое положение о сообщении отдельными категориями лиц о получении подарка в связи с их должностным положением....» определение «подарок» также отсутствует.

Нормы Гражданского кодекса позволяют считать объектом дарения вещи, а также имущественные права либо освобождение от имущественной обязанности. В то же время, учитывая положения ряда действующих федеральных законов (например, ФЗ от 27.07.2004 г. № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации», ФЗ от 02.03.2007 г. № 25-ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации» и др.) подарками не являются денежное вознаграждение, ссуды, услуги, оплата развлечений, отдыха, транспортных расходов и иные вознаграждения, так как соответствующие статьи названных законов различают данные понятия.

Правовая регламентация договора дарения осуществляется главой 52 Гражданского кодекса РФ. В отношении медицинских работников принято считать, что гражданский кодекс допускает возможность принимать подарки на сумму не свыше трех тысяч рублей от пациентов, их супругов и родственников.

Однако ФЗ «Об основах...» в статье 74 устанавливает четкий запрет («не вправе») для подарков любой стоимости. Тем самым расширяются предусмотренные Гражданским кодексом РФ ограничения в части дарения, то есть, для медицинских и фармацевтических работников это специальные нормы.

Вместе с тем такая жесткая позиция законодателя представляется несколько уязвимой в части соотношения с общими положениями, регламентирующими вопросы дарения, в частности, в отношении государственных и муниципальных служащих, которым, несмотря на особый публичный статус, разрешено принимать подарки в установленных законом пределах.

Правительством Российской Федерации в рамках Национальной стратегии противодействия коррупции 9 января 2014 года утверждено Типовое положение о сообщении отдельными категориями лиц о получении подарка в связи с их должностным положением или исполнением ими служебных (должностных) обязанностей, сдачи и оценки подарка, реализации (выкупа) и зачисления средств, вырученных от его реализации.

Данное типовое положение предусматривает обязанность должностных лиц, а также государственных и муниципальных служащих уведомлять о получении ими подарков на официальных мероприятиях и в служебных командировках и сдавать эти подарки по акту приема-передачи для последующей оценки их стоимости и реализации.

Действие данного типового положения распространяется на всех государственных и муниципальных служащих всех ветвей власти; а также на служащих Федерального фонда обязательного медицинского страхования, научных и учебных заведений, учредителями которых является Российская Федерация, и других организаций, созданных для выполнения задач федеральных государственных органов.

Согласно данному Положению, государственными, муниципальными органами и организациями в трёхмесячный срок (до 9 апреля 2014 года) должны быть разработаны и приняты свои нормативные правовые акты, определяющие на основе типового положения порядок уведомления о получении подарка, его сдачи, выкупа и реализации с учётом особенностей деятельности этих органов и организаций. Однако до настоящего времени Министерством здравоохранения РФ подобный нормативный акт не принят. Следует отметить, что если в отношении должностных лиц медицинских учреждений в здравоохранении есть определенная ясность, то вопрос, являются ли специалисты бюджетных государственных или муниципальных медицинских учреждений государственными или муниципальными служащими, до сих пор остается открытым.

Одновременно с запретами статья 74 ФЗ «Об основах...» разрешает медицинским работникам получать вознаграждения по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий и в связи с осуществлением педагогической и (или) научной деятельности. Однако для признания той или иной деятельности в качестве педагогической лицо должно состоять в юридических отношениях с образовательной организацией или же быть зарегистрированным в качестве предпринимателя, занимающегося индивидуальной трудовой педагогической деятельностью, поскольку законодательно медицинским и фармацевтическим работникам в отличие, например, от судей, не запрещено заниматься предпринимательской деятельностью.

Часть 2 статьи 74 ФЗ «Об основах...» запрещает фармацевтическим работникам и руководителям аптечных организаций:

- принимать подарки, денежные средства, в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха,
- принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компании, представителя компании;
- получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения населению;
- заключать с компанией, представителем компании соглашения о предложении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий;
- предоставлять населению недостоверную и (или) неполную информацию о наличии лекарственных препаратов, включая лекарственные препараты, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование, медицинских изделий, в том числе скрывать информацию о наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, имеющих более низкую цену.

В законодательстве Российской Федерации не содержится легального определения понятия «развлекательное мероприятие». При этом юридическая доктрина исходит из того, что массовое культурно-зрелищное мероприятие есть развлекательное мероприятие, подготовленное в целях организации отдыха и обеспечения пользования благами культуры в открытых общественных местах, специально не предназначенных для проведения, в котором граждане участвуют за плату или бесплатно.

При буквальном толковании данной нормы статьи 74 ФЗ «Об основах...» следует, что объектами запрета выступают лишь те мероприятия, которые отвечают следующим признакам: а) развлекательные мероприятия, б) отдых, в) проезд к месту отдыха. Следовательно, в мероприятиях не развлекательного характера, организованных фармацевтическими компаниями, в мероприятиях научного и образовательного характера медицинские и фармацевтические работники участвовать вправе.

Таким образом, рассмотренные нами положения имеют первостепенное значение в современном здравоохранении и должны учитываться не только организаторами здравоохранения, но и всеми медицинскими и фармацевтическими работниками в своей деятельности, тем более, что за несоблюдение предписаний статьи 74 медицинские и фармацевтические работники, руководители медицинских организаций и руководители аптечных организаций, а также компании, представители компаний несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. Вме-

сте с тем конкретные меры административной или уголовной ответственности в настоящее время за несоблюдение указанных ограничений отсутствуют. Однако за несоблюдение ряда ограничений может наступать ответственность на общих основаниях (получение взятки и т.д.).

Литература:

Путило Н.В., Волкова Н.С., Лебедева Е.А. Комментарий законодательства в части ограничений, налагаемых на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности. / Отв. ред. Н.Г. Доронина, В.И. Лафитский. Москва, 2012. – 32 с.

Травенко Е.Н., Породенко В.А., Ломакина Л.И., Быстрова Е.И.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Принятие Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (далее – ФЗ «Об иммунопрофилактике...») 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 02.07.2013), послужило основой для формирования нормативной базы вакцинации населения, в которой система государственных гарантий и контроль за проведением профилактических мероприятий занимают ведущее место.

Целью данной работы явилось рассмотрение проблем профилактики инфекционных болезней в контексте прав и обязанностей граждан при проведении вакцинации, которые перечислены в статье 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике ...».

В части 1 статьи 5 приведены права граждан при осуществлении иммунопрофилактики:

Акцент сделан на праве получить от медицинских работников полную информацию о проводимых прививках – *«получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях»*. Медицинский работник (медсестра, фельдшер, врач) обязаны в доступной форме объяснить родителям или гражданам необходимость той или иной прививки. Также медицинские работники обязаны заранее проинформировать о сроках конкретных вакцинаций, о том, против какой инфекции проводится прививка, чем опасно заболевание для не привитых, о необходимости наблюдения за ребенком после прививки и обращения к врачу в случаях нарушения самочувствия ребенка. Родители также должны знать о редком, но возможном побочном действии вакцин - поствакцинальных осложнениях.

Учитывая вероятность осложнений, необходимо детально описать все возможные последствия вакцинации, а также предусмотреть предоставленное законом право отказа лица от проведения вакцинации и предупредить его о последствиях отказа.

Причины отказа от вакцинации, пожалуй, самый частый вопрос, интересующий специалистов, занимающихся вопросами этики в вакцинопрофилактике. В этом плане значимо выявление отрицательных факторов, влияющих на процесс формирования доверительного отношения населения к вакцинации и поиск путей устранения этих факторов.

В части 2 статье 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» перечислены последствия отсутствия профилактических прививок: *«запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых.... требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения...; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями»*.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. N 825. В перечне последним пунктом стоят «Работы во всех типах и видах образовательных учреждений». Сколько ни будь внятного объяснения риска заболевания инфекционными болезнями именно в образовательных учреждениях нами не обнаружено. Кстати, никаких ограничений на посещение не привитым ребенком детских учреждений вне эпидемической ситуации по соответствующей инфекции не установлено.

В статье 11 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» перечислены требования к проведению профилактических прививок:

«1. Профилактические прививки проводятся гражданам в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения либо гражданами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензий на медицинскую деятельность.»

2. Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.»

3. Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний.»

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.»

4. Профилактические прививки проводятся в соответствии с требованиями санитарных правил и в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.»

Следует отметить, что особый порядок лицензирования по иммунопрофилактике не предусмотрен.

Очень важным этапом при проведении вакцинопрофилактики является получение информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя. Приказом Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 № 19н утверждена форма информированного добровольного согласия (ИДС) на проведение профилактических прививок детям или отказа от них. В форме ИДС четко указано, что до 15 лет (для лица, страдающего наркоманией – до 16 лет) в форме расписываются (и принимают решение) законные представители (чаще всего, родители), однако на практике педиатры зачастую получают такое согласие от родителей детей до 18 лет. Иногда расписываются и родители, и дети.

Видимо такое поведение педиатров вызвано опасениями претензий родителей в случае осложнений, а также правовой неосведомленностью и недостаточной правовой защитой врачей. Но в форме ИДС не фиксируются такие важные для пациента аспекты, как поствакцинальные осложнения. Данная информация предоставляется пациенту устно, и, расписываясь, он лишь свидетельствует, что такие данные ему были предоставлены. Вместе с тем вопрос об объеме устной информации, предоставленной пациенту (его законному представителю), остается открытым. Также сложным является перечисление возможных осложнений в каждом конкретном случае прививки или вакцины.

Вопрос о противопоказаниях к прививкам один из самых сложных в вакцинопрофилактике.

Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок приведены в Методических указаниях (МУ 3.3.1.1095-02. 3.3.1. утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.01.2002 г. Текст документа по состоянию на июль 2011 года). В зависимости от типа вакцины к ним относятся: сильная реакция или осложнение на предыдущую дозу вакцины; иммунодефицитное состояние (первичное), иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность; вес ребенка менее 2000 г, келлоидный рубец после предыдущей дозы; прогрессирующие заболевания нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе; тяжелые реакции на аминогликозиды; анафилактические реакции на яичный белок

Документом, регламентирующим порядок вакцинации, является приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям». За последние годы количество противопоказаний к введению вакцин заметно сократилось. Это связано как с улучшением качества иммунобиологических препаратов, так и со значительным расширением и углублением знаний об этиопатогенезе поствакцинальных осложнений.

Статьи 18, 19, 20 и 21 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» детализирует право граждан на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений. Государство принимает на себя ответственность за ненадлежащее выполнение вакцинации. В случаях наступления вреда жизни и здоровью граждан, причиной которых являются последствия вакцинации, гражданам гарантируется социальная поддержка, которая реализуется через государственные единовременные пособия, ежемесячные компенсационные выплаты и т. п.

Расследование поствакцинальных осложнений производится в соответствии с методическими указаниями, утвержденными Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 04.03.2004 г. (Текст документа по состоянию на июль 2011 года).

Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 августа 1999 г. №885.

Как видно из проведенного анализа, наличие большого количества действующей нормативной документации свидетельствует о сложности процесса иммунопрофилактики на всех этапах ее организации и о большой ответственности медицинских работников при осуществлении данного вида медицинской помощи.

Литература:

1. Обеспечение безопасности иммунизации. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2342-08. (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 03 марта 2008 г., №15 (действующий).
2. Вартапетова, Н.В. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в стационарах //Здравоохранение, – 2013. – №4. – С. 76-84.

Травенко Е.Н., Породенко В.А., Ломакина Л.И., Ануприенко С.А.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

В настоящее время Россия, наряду с Нидерландами, Швецией и другими странами, имеет самое свободное в мире законодательство об искусственных абортах. Однако, отношение к проблеме медицинского аборта остается неоднозначным как со времен античности, так и до наших дней. Легализация абортот не снимает остроты многих этических проблем, по поводу которых до сих пор ожесточенно спорят сторонники и противники абортот. В «Клятве российского врача», «Этическом кодексе российского врача», тексте «Клятвы врача» статьи 60 ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», от 22 июля 1993 года № 5487-1 (в ред. ФЗ от 27.12.2009 № 365-ФЗ) (далее – ФЗ «Основы...» 1993 г.) и тексте статьи 71 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 1 ноября 2011 г. (в ред. ФЗ от 22.10.2014 № 314-ФЗ) (далее – ФЗ «Об основах...» 2011 г.), отношение к искусственному прерыванию беременности никак не отражено.

Новеллой ФЗ «Об основах...» 2011 г. является включение в статью 70 «Лечащий врач» права лечащего врача «...по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации...уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих». Указание на возможность такого отказа в предыдущем законе отсутствовало.

Статья 56 «Искусственное прерывание беременности» в ФЗ «Об основах...» на 2014 год содержит 8 пунктов. По сравнению с предыдущим законом статья структурирована, существенно переработана, дополнена, конкретизирована по срокам проведения в зависимости от периода обращения женщины в медицинскую организацию. Введено два новых пункта - пункт 3 и пункт 7:

«3. Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая - седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая - десятая недели беременности.

7. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной».

В Приказе МЗ РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» раздел IX детально устанавливает «Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности». Необходимо отметить, что медицинский аспект данной операции регламентирован на самом современном уровне развития медицинской науки и практики.

Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности правительство РФ пересматривало трижды. В 1993 г. этих показаний насчитывалось 13. Раньше женщина имела право на бесплатную операцию по прерыванию беременности в случае наличия решения суда о лишении или об ограничении родительских прав, пребывания женщины или ее мужа в местах лишения свободы, наличия у мужа инвалидности I-II группы. Аборт возможно было к тому же делать в случае смерти мужа в ходе беременности, то есть разрешалось избавиться от нежелательного ребенка женщинам, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Затем в перечне осталось только 4 социальных показания и, наконец, Постановление правительства РФ № 98 от 6 февраля 2012 года отменило все социальные показатели, оставив лишь один пункт - беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекса РФ (изнасилование). Возникает вопрос, почему именно аборт по социальным показаниям привлекают столь пристальное внимание политиков. Может быть такое частое изменение законодательства в отношении социальных абортотворений призвано сократить их число? Однако вклад социальных абортотворений в общее число абортотворений незначителен и не способен повлиять на уровень абортотворений в стране. Возможно это демонстрация готовности правительства пойти на уступки Русской Православной Церкви, которая последовательно отстаивает необходимость законодательного запрета аборта в России.

Услуга по производству аборта (на любом сроке беременности) входит в программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, то есть в государственных организациях здравоохранения должна предоставляться бесплатно.

Прервать беременность можно и в частных клиниках, имеющих соответствующую лицензию; так, поздние абортотворения (к которым относятся абортотворения по социальным показаниям) по закону можно делать в учреждениях, имеющих условия для оказания квалифицированной медицинской помощи, в том числе экстренной хирургической, реанимационной и интенсивной.

Часть 8 статьи 56 ФЗ «Об основах...» в редакции, введенной в действие со 2 августа 2014 года № 243-ФЗ, изменена и теперь незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой не только уголовную, но и административную ответственность.

Глава 6 Кодекса об административных правонарушениях РФ дополнена статьей 6.32, часть первая которой предусматривает ответственность за нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья о получении информированного добровольного согласия, что влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до трех тысяч рублей; на должностных лиц - от пяти тысяч до десяти тысяч рублей; на юридических лиц - от сорока тысяч до ста тысяч рублей.

Нарушение сроков (в том числе при наличии медицинских и социальных показаний, а также учитывая сроки с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности), установленных законодательством в сфере охраны здоровья для проведения искусственного прерывания беременности, - влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от четырех тысяч до пяти тысяч рублей; на должностных лиц - от десяти тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц - от ста тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей. Под гражданами следует понимать медицинских работников, не являющихся должностными лицами.

Статья 123 УК РФ карает за «Незаконное производство аборта» либо незначительным штрафом до 80 тысяч рублей, либо обязательными или исправительными работами. Вид обязательных работ и объекты, на которых они отбываются, определяются органами местного самоуправления. Однако

в ФЗ от 06.10.2003 N 131-ФЗ (ред. от 14.10.2014) «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» отсутствует прямое упоминание об организации обязательных работ и, кроме того, у органов местного самоуправления отсутствуют подведомственные предприятия, инфраструктура и штаты сотрудников, на которых было бы возможно исполнение обязательных работ.

Это касается и исправительных работ (ст. 50 УК РФ), которые назначаются осужденному, не имеющему основного места работы, и отбываются в местах, определяемых органом местного самоуправления. Поэтому реальное наказание при незаконном производстве аборта только за смерть или тяжкий вред здоровью, но поскольку основная масса пострадавших женщин выживает и получает вред здоровью средней тяжести, то в 80% можно считать, что преступление ненаказуемо.

Таким образом, не смотря на значительные достижения в области правовой регламентации искусственного прерывания беременности, целесообразно дальнейшее совершенствование как медицинских, так и правовых аспектов аборта.

Литература:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г. (в ред. ФЗ от 22.10.2014 № 314-ФЗ).
2. Приказ МЗ РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1661н. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (с изменениями на 27 декабря 2011 года)
4. Постановление Правительства РФ от 6 февраля 2012 г. N 98 "О социальном показании для искусственного прерывания беременности".

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ, ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРАВА

Выпуск 4

(сборник научных трудов)

Под ред. В.А. Породенко

Издательство

Отпечатано методом ризографии в типографии КубГМУ
Подписано в печать
Заказ 178-05. Тираж 100 экз. Гарнитура Arial Narrow. У. п. л. 5.

