

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ. ВЗГЛЯД МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

МАТЕРИАЛЫ

**VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
(С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ)
СТУДЕНТОВ, ОРДИНАТОРОВ, АСПИРАНТОВ, МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
(24 апреля 2020 г., Пермь)**



Пермь 2020

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОСОБОГО ТИПА ПЕРМСКОГО КРАЯ
«ПЕРМСКОЕ КРАЕВОЕ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО
«ПРИВОЛЖСКО-УРАЛЬСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ. ВЗГЛЯД МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

МАТЕРИАЛЫ
VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
(С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ)
СТУДЕНТОВ, ОРДИНАТОРОВ, АСПИРАНТОВ, МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
(24 апреля 2020 г., г. Пермь)

Под редакцией К.В. Шевченко, Д.В. Бородулина

Пермь 2020

УДК 340.6
ББК 67.53
А 437

А 437 **Актуальные** вопросы судебно-медицинской экспертизы. Взгляд молодых ученых: материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием) студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (24 апреля 2020 г., г. Пермь) / под ред. К.В. Шевченко, Д.В. Бородулина. – Пермь, 2020. – 115 с.

ISBN 978-5-6042874-3-9

Опубликованы научные работы, представленные на VIII Всероссийскую научно-практическую конференцию (с международным участием) студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых, состоявшуюся 24 апреля 2020 г. в городе Перми.

В конференции приняли участие молодые ученые России и Индии. Работы посвящены судебно-медицинской экспертизе трупов, потерпевших, по материалам дел, лабораторным судебно-медицинским исследованиям.

Издание предназначено для молодых ученых, преподавателей медицинских вузов, судебно-медицинских экспертов.

Редакционная коллегия:

Шевченко Кирилл Владимирович, руководитель научного общества молодых ученых и студентов (НОМУС) ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, член экспертного совета регионального инновационного проекта «У.М.Н.И.К.», доцент кафедры судебной медицины, доктор медицинских наук;

Бородулин Дмитрий Валерьевич, заведующий зональным отделом № 1 ГКУЗОТ «ПКБСМЭ», кандидат медицинских наук.

УДК 340.6
ББК 67.53

ISBN 978-5-6042874-3-9

© ФГБОУ ВО ПГМУ
им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России, 2020
© ГКУЗОТ «ПКБСМЭ», 2020
© НП «ПУАСМЭ», 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ОГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ (С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ) СТУДЕНТОВ, ОРДИНАТОРОВ, АСПИРАНТОВ, МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ.....	6
---	----------

ОБРАЩЕНИЕ.....	8
-----------------------	----------

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СЛУЧАЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМ В УСЛОВИЯХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИШЕСТВИЯ

Евдокимов П.В.

СТАТИСТИКА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА С УЧАСТИЕМ МОТОТРАНСПОРТА В Г. ХАБАРОВСКЕ ЗА ПЕРИОД 2013–2017 ГГ.	9
---	---

Пенкин А.С., Ануприенко С.А.

МОТОТРАВМА В СТРУКТУРЕ ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В Г. КРАСНОДАРЕ.....	13
---	----

Пушин В.Д.

АНАЛИЗ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА ПО УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2018 Г. ПО ДАННЫМ БСМЭ МЗ УР ПРИ УЧАСТИИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ С РАЗРЕШЕННОЙ МАКСИМАЛЬНОЙ МАССОЙ НЕ БОЛЕЕ 3,5 ТОННЫ И ПЕШЕХОДА	17
---	----

Росляков С.А.

СТАТИСТИКА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА С УЧАСТИЕМ ВЕЛОТРАНСПОРТА В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2017–2019 ГГ.	20
---	----

ТАНАТОЛОГИЯ И ГИСТОЛОГИЯ

Васенев В.А.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СМЕРТИ ОТ УТОПЛЕНИЯ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	23
--	----

Воронько Я.А.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОСРЕДСТВОМ СТРОИТЕЛЬНО-МОНТАЖНОГО ПИСТОЛЕТА, ПОВЛЕКШЕЕ ЗА СОБОЙ ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД.....	30
---	----

Грехов И.А., Шульских П.В.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА.....	33
--	----

Емельянова А.С. СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ <i>PROTEUS MIRABILIS</i> , СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ	38
Емельянова А.С. АНАЛИЗ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ ПО Г. ИЖЕВСКУ ЗА 2015 И 2019 Г.	41
Кузьмичева Т.Г. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ (СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ)	44
Кулаганов В.Н., Сапега А.С., Готовка А.В., Сергеев А.П., Топоев А.С., Бокиев М.У. ВОЗРАСТНО-ПОЛОВАЯ СТРУКТУРА САМОУБИЙСТВ В Г. КРАСНОЯРСКЕ ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ЗА 2013–2018 ГГ.	47
Морозов А.И. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г. СЕВАСТОПОЛЕ	49
Скиданов П.А., Готовка А.В., Коллатадзе И.Г., Краснова А.П., Топоев А.С., Бокиев М.У. АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ЗА 2015–2018 ГГ.	52
Соколова И.С. АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ	54
Шишкина А.В. КЛИНКОВОЕ РИТУАЛЬНОЕ ОРУЖИЕ. СПЕЦИФИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ	57

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОТЕРПЕВШИХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ ЛИЦ

Saptarshi Pal CONDUCTING FORENSIC MEDICAL EXAMINATION AND DATA ASSESSMENT OF CRIMES AGAINST SEXUAL INTEGRITY	60
Пугачева А.П. ОЦЕНКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА ПРИ СЕКСУАЛЬНОМ НАСИЛИИ	63

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Баландин В.А. ПАРАМЕТРЫ ТОЛЩИНЫ КОРЫ В РАЗНЫХ УЧАСТКАХ ПРЕДЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИНЫ У МУЖЧИН ПЕРВОГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА, УСТАНОВЛЕННЫЕ ПРИ ПОМОЩИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ	67
Гюльмамедова Н.Д. кызы МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОГНЕСТРЕЛЬНОСТИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ УСТАНОВИТЬ ФАКТ ДАННОГО ВИДА ТРАВМЫ	71

Лемтюгова Э.К., Гончаренко Д.В. ТРУДНОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПРИ ЭНДОГЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ КЕТОНОВЫХ ТЕЛ (АЦЕТОНА).....	74
Назмиева А.Р. ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	77

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛ

Воеводина С.Г. УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ПУТЬ К ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ И ТАКТИЧЕСКИМ ОШИБКАМ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	86
Ершова Т.А. ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	90
Калинин Р.Э. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ В ПЕРИОД СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ: СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПО ДЕЛУ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.....	92
Мартынова М.И., Эделев А.С. АНАЛИЗ ЭКСПЕРТИЗ ПО ПОВОДУ ОШИБОК И ПРАВОНАРУШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПЕРИОД 2017–2019 ГГ., ВЫПОЛНЕННЫХ В ОТДЕЛЕ СЛОЖНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ГБУЗ НО «НОБСМЭ».....	96

РАЗНОЕ

Готовка А.В., Паксюткина А.В., Возняк А.В., Топоев А.С., Бокиев М.У. СПОСОБЫ НЕДОПУСКА СПЕЦИАЛИСТА ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОЦЕССЕ УГОЛОВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА.....	102
Данилова А.А., Мальчик Н.В., Паксюткина А.В., Топоев А.С., Бокиев М.У. ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ СРЕДСТВАМИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЛЯ СОЗДАНИЯ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА В ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РФ.....	105
Кузнецова Я.В. ЗНАКОМСТВО С МИРОМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПОСРЕДСТВОМ ПОПУЛЯРНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	108
Мальчик Н.В., Данилова А.А., Сапега А.С., Сергеев А.П., Топоев А.С., Бокиев М.У. ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА СРЕДСТВАМИ КОЛЛЕКТИВНОЙ ЗАЩИТЫ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	111

ОГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ
VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ (С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ)
СТУДЕНТОВ, ОРДИНАТОРОВ, АСПИРАНТОВ,
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Председатели:

Ковалев Андрей Валентинович – директор ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России, доктор медицинских наук.

Мелехова Оксана Борисовна – министр здравоохранения Пермского края.

Корюкина Ирина Петровна – ректор ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, заслуженный деятель науки России, доктор медицинских наук, профессор.

Фурман Евгений Григорьевич – проректор по научной работе ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, доктор медицинских наук, член-корр. РАН, профессор.

Мальцев Алексей Евгеньевич – начальник КОГБСЭУЗ «КОБСМЭ», заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, президент НП «ПУАСМЭ», доктор медицинских наук, профессор.

Онянов Александр Михайлович – начальник ГКУЗОТ «ПКБСМЭ», кандидат медицинских наук.

Члены организационного комитета:

Шевченко Кирилл Владимирович – научный руководитель НОМУС ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, член экспертного совета регионального инновационного проекта «У.М.Н.И.К.», доцент кафедры судебной медицины, доктор медицинских наук.

Бородулин Дмитрий Валерьевич – заведующий зональным отделом № 1 ГКУЗОТ «ПКБСМЭ», кандидат медицинских наук.

Светлаков Андрей Вадимович – заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент.

Лесников Владислав Владимирович – заместитель начальника ГКУЗОТ «ПКБСМЭ» по экспертной деятельности, кандидат медицинских наук.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Представляем вашему вниманию сборник научных работ VIII Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием) студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых «Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Взгляд молодых ученых».

Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 16 марта 2020 г. №173 «О деятельности организаций, реализующих образовательные программы высшего образования, профессионального образования и дополнительного профессионального образования, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации в условиях предупреждения распространения коронавирусной инфекции COVID-19 на территории Российской Федерации» проведение пленарного заседания с докладами VIII Всероссийской научно-практической конференции студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых «Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Взгляд молодых ученых», запланированного на 24 апреля 2020 г. в г. Перми, было отменено. Конференция проведена в заочной форме – статьи, поступившие в оргкомитет, опубликованы в настоящем сборнике.

Сборник будет размещен в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU и будет индексироваться Российским индексом научного цитирования (РИНЦ), на официальных сайтах Пермского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы: <http://sme.medicalperm.ru/>; Приволжско-Уральской ассоциации судебно-медицинских экспертов: <http://kirov-43.wix.com/puasme>; в официальной группе совета СНО «ВКонтакте»: https://vk.com/sovet_sno_psmu.

Организационный комитет конференции благодарит всех молодых ученых и их научных руководителей за участие в конференции.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СЛУЧАЯХ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМ В УСЛОВИЯХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИШЕСТВИЯ

УДК 340.6

СТАТИСТИКА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА С УЧАСТИЕМ МОТОТРАНСПОРТА В Г. ХАБАРОВСКЕ ЗА ПЕРИОД 2013–2017 ГГ.

Евдокимов Павел Викторович¹

*Научный руководитель – д-р мед. наук, доц. Власюк Игорь Валентинович²
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины (зав. – д-р мед. наук,
проф. А.И. Авдеев) ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский
университет» Минздрава РФ, Хабаровск, Россия
¹Crazydoktor85@yandex.ru, ²Vlasuik1971@mail.ru*

Произведен статистический анализ дорожно-транспортных происшествий, произошедших в городе Хабаровске и Хабаровском муниципальном районе в 2013–2017 гг. Также проанализированы заключения судебно-медицинской экспертизы трупов и живых лиц, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях с участием мототранспорта.

Ключевые слова: дорожно-транспортное происшествие, мотоцикл, скутер, судебно-медицинская экспертиза.

Под мотоциклетным травматизмом в современной литературе принято понимать комплекс механических, химических и термических повреждений, возникающих в момент дорожно-транспортного

происшествия, возникающих от воздействия частей движущегося мотоцикла, при падении с него или столкновениях с подвижными и неподвижными предметами [1].

Постоянный рост количества мототранспорта в городах России неизбежно сопровождается ростом количества происшествий с их участием.

Высокий уровень травматизма среди водителей и пассажиров мототранспорта обусловлен отсутствием кузова, принимающего на себя энергию столкновения, отсутствием современных систем пассивной безопасности и потерей равновесия мототранспорта в момент дорожно-транспортного происшествия, что приводит к его падению и дополнительной травматизации потерпевших. В структуре ДТП мотоциклетный травматизм составляет 8–10 % от общего числа ДТП [1]. При этом удельное количество смертей на один зарегистрированный мотоцикл составляет 59 на 100 тысяч и более чем в три раза превышает таковое при ДТП с участием исключительно автомобилей – 17 на 100 тысяч [2, 3].

Целью исследования было проведение статистического анализа мотоциклетного травматизма в г. Хабаровске и Хабаровском районе для определения дальнейшего направления исследований.

За основу исследования были взяты материалы базы данных дорожно-транспортных происшествий, предоставленные отделом безопасности. Также были исследованы рапорты о дорожно-транспортных происшествиях, протоколы осмотра мест происшествия, схемы дорожно-транспортных происшествий и заключения экспертов.

Результаты. В табл. 1 приведены сведения об общем количестве дорожно-транспортных происшествий, количестве ДТП с участием мототранспорта и количестве пострадавших.

Т а б л и ц а 1

**Общая статистика дорожно-транспортных происшествий
в г. Хабаровске за 2013–2017 гг.**

Год	Всего ДТП	Пострадало человек, абс.	ДТП с участием мототранспорта		Пострадало		Погибло
			абс.	%	абс.	%	
2013	1228	1485	112	9,12	125	8,42	74
2014	1105	1359	91	8,2	100	9,04	52
2015	955	1168	55	5,6	54	5,65	45
2016	965	1193	33	3,4	34	3,52	31
2017	1036	1315	47	4,5	50	4,82	23

В основном среди пострадавших были мужчины: в 2013 г. – 85,6 %, в 2014 и 2015 г. – 89 %, в 2016 г. – 88 %, в 2017 г. – 96 %. Это обусловлено тем, что управление мотоциклом требует большей физической силы и менее комфортно, чем вождение автомобиля.

В табл. 2 указано распределение пострадавших по степени тяжести вреда здоровью, полученного в результате ДТП с участием мототранспорта.

Т а б л и ц а 2

**Степень тяжести вреда здоровью у пострадавших в ДТП
с участием мототранспорта в г. Хабаровске за 2013–2017 гг.**

Год	Без вреда		Легкий		Средний		Тяжкий		Нет данных
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
2013	18	14,4	35	31,2	28	22,4	39	28	5
2014	32	32	23	21	24	24	21	23	0
2015	13	23,6	11	18,1	17	30,9	10	20	5
2016	5	14,7	7	20,6	15	44,1	7	20,6	0
2017	1	2	17	22	21	42	11	34	0

Средний возраст пострадавших в 2013 г. был 31,4 г., в 2014 г. – 30,5 г., в 2015 г. – 30,6 г., в 2016 г. – 31,2 г., в 2017 г. – 33,3 г. За весь

исследуемый период максимальное количество пострадавших соответствовало возрастной группе 21–30 лет и составляло от 36,8 до 48,48 %.

В 2013 и 2014 гг. наибольшее количество происшествий произошло с мопедами – 65,4 и 51,6 % соответственно. В 2015 и 2017 г. участниками ДТП чаще становились мотоциклы спортивного класса – 38,2 и 34,0 %. И в 2014 г. наибольшее количество аварий произошло с участием классических мотоциклов – 30,3 %. Крайне малое количество дорожно-транспортных происшествий с участием мотоциклов класса эндуро (и кроссовых) – 0,9 % – обусловлено их использованием вне дорог общего пользования, и по этой причине они не попадают в официальную статистику дорожно-транспортных происшествий.

Состояние алкогольного опьянения у пострадавших отмечалось в 2013 г. в 7,15 % случаев, в 2014 г. – в 9,9 %, в 2015 г. – в 5,6 %, в 2016 г. – в 18,18 %, в 2017 г. – в 8,0 %.

Выводы. Стабильное количество дорожно-транспортных происшествий с участием мототранспорта, увеличение количества зарегистрированного мототранспорта и малое количество публикаций обуславливают научный интерес к проблеме. Преобладание среди пострадавших людей молодого и работоспособного возраста, а также высокая степень инвалидизации у пострадавших в ДТП превращают мотоциклетный травматизм в социально-экономическую проблему.

Список литературы

1. Бедрин Л.М. Мотоциклетная травма: лекция // Избранные лекции по судебной медицине (судебно-медицинская травматология). – Ярославль: Ярославск. гос. мед. институт, 1989. – С. 69–73.

2. Власюк И.В. Некоторые аспекты мототравмы водителя и пассажира // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – Хабаровск, 2010. – № 11. – С. 119–122.

3. Пермяков А. В. Судебно-медицинская экспертиза мотоциклетной травмы (методические указания). – Ижевск, 1963. – С. 17.

МОТОТРАВМА В СТРУКТУРЕ ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В Г. КРАСНОДАРЕ

Пенкин Александр Сергеевич^{1,2}, Ануприенко Сергей Анатольевич¹

Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Породенко Валерий Анатольевич

Кафедра судебной медицины (зав. – д-р мед. наук, проф. В.А. Породенко)

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, Краснодар, Россия,

²ГБУЗ «Бюро СМЭ» (начальник – канд. мед. наук А.Л. Гукасян)

Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

¹aspasser@mail.ru, penkinalexander129@gmail.com, porodenko52@mail.ru

Представлены статистические сведения о количестве дорожно-транспортных происшествий, численности погибших и раненых в России, Краснодарском крае и г. Краснодаре. Проведен анализ обстоятельств получения 23 случаев смертельной мототравмы в г. Краснодаре, установлены пол и возраст, место и время, расположение пострадавших в момент происшествия.

Ключевые слова: дорожно-транспортное происшествие, мототравма.

Дорожно-транспортное происшествие (ДТП) – широко распространенное явление и острейшая социально-экономическая проблема, которая стоит перед всеми развитыми странами. Ежегодно в результате ДТП обрывается жизнь более 1,25 млн человек, от 20 до 50 млн получают несмертельные травмы, многие из которых приводят к инвалидности.

В России в 2017 г. произошло 169 432 ДТП, в которых ранения получили 215 374 человека, погибли 19 087. В 2018 г. отмечено снижение ДТП на 6202 случая; количество раненых сократилось на 6829, погибших – на 1139 человек. В 2019 г. положительная дина-

мика снижения ДТП продолжилась (на 2727), уменьшилось число раненых на 2096 и погибших на 1422 человека.

В Краснодарском крае в 2017 г. зарегистрировано 6496 ДТП, в которых 1052 человека погибли, 7906 ранено. В отличие от общероссийских данных, в 2018 г. их количество возросло на 480 случаев, число погибших снизилось на 13, а раненых увеличилось на 407 человек. В 2019 г. число ДТП продолжало расти (380) и составило 7356 случаев, раненых также возросло на 1190 и достигло 9503 человек; при этом на 99 случаев снизилось количество летальных исходов (940 человек). В г. Краснодаре в 2017 г. произошло 987 ДТП, 91 человек погиб и 1114 ранено. В 2018 г. количество ДТП увеличилось на 388 случаев, на 5 человек возросло число погибших, а раненых – на 586 человек. В 2019 г. отмечено снижение ДТП до 1291, раненых – до 1601, погибших – до 95.

Статистика аварий с участием мотоциклов и машин свидетельствует о том, что водители мотоциклов в России из года в год погибают в 25–30 раз чаще на единицу ДТП. Но есть и положительные тенденции: количество аварий сократилось в 2019 г. на 23 %; смертность понизилась на треть; число раненых уменьшилось на 23,5 %. Общая статистика за десятилетие показывает снижение аварийности среди мотоциклистов в два раза.

Мототравме присущи сезонность (май – сентябрь), поражение лиц молодого возраста, а также то, что кроме пешеходов всегда страдают водители и пассажиры мотоцикла [2].

В г. Краснодаре в 2017 г. каждый двадцатый случай несмертельного травмирования людей происходил с участием мототранспортных средств: мотоциклов (58 %), мопедов (21 %), скутеров (18 %) и др. [1].

Цель исследования – анализ случаев мототравмы в г. Краснодаре с целью выявления обстоятельств их получения, пола и возраста, места и времени, расположения пострадавших в момент происшествия.

Материалы и методы. Проанализированы 23 заключения экспертов, выполненных в судебно-медицинском морге, и 89 заключений экспертов и актов судебно-медицинских освидетельствований, выполненных в отделе судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ГБУЗ «Бюро СМЭ» МЗ КК, в случаях мототравмы. Информацию обрабатывали при помощи программы Microsoft Excel 2010.

Результаты. За 2017–2019 гг. в г. Краснодаре произошло 23 смертельных ДТП с участием мототранспортных средств: 19 мужчин – водителей мотоциклов и 4 женщины, две из которых – водители скутеров, две – пассажиры. Почти половина погибших (11 человек) находилась в возрастной группе 30–39 лет; в возрасте 20–29 лет смертельные травмы получили 7 человек, 40–49 лет – 3; по одному случаю приходится на пожилой (женщина 67 лет) и старческий (мужчина 82 лет) возраст. Наибольшее количество происшествий (16) фиксировалось летом: июнь – 6, июль – 4, август – 6; осенью погибали в три раза реже (5): сентябрь – 2, ноябрь – 3; весной и зимой – по одному случаю в апреле и декабре.

Концентрация смертельных ДТП пришлась на среду (7) и пятницу (6); в четверг зафиксировано 4, в понедельник и вторник – по 2 случая. Наиболее часто аварии происходили в дневное время между 12:00 и 16:00.

При анализе несмертельной мототравмы выявлено, что чаще аварии происходили весной и осенью (32,6 и 31,4 % соответственно), небольшой спад отмечался летом (22,4 %), наименьшие показатели (13,5 %) регистрировались в зимний период времени. Самый травмоопасный месяц – апрель (12,4 %), в январе не было зарегистрировано ни одного случая; наиболее травмоопасные дни недели – воскресенье и вторник (20,2 и 19,1 %), меньше всего аварий происходило в четверг (5,6 %); «пиковыми часами» являлись промежутки с 18:00 до 19:00 (10,1 %) и с 20:00 до 21:00 (14,6 %); в утренние ча-

сы: с 08:00–09:00 и 09:00–10:00 – по 5,6 %, днем – 13:00–14:00 – 7,9 %, ночью – 23:00–24:00 – 6,7 %.

87,8 % пострадавших являлись водителями, 4,4 % – пассажирами, 7,8 % – пешеходами. При несмертельной мототравме мужчины травмировались в 4,5 раза чаще, чем женщины (18 %). Возраст пострадавших находился в диапазоне 18–47 лет, за исключением трех человек, у которых он превышал 60 лет.

Выводы. При мотоциклетной травме наиболее часто повреждения получали люди трудоспособного возраста со значительным преобладанием мужчин. Факторами риска для смертельной травмы являлись летний период (две трети из числа погибших), середина недели и середина дня. Несмертельные мототравмы чаще регистрировались весной и осенью, по воскресеньям и вторникам, в вечернее время (с 18 до 21 ч).

Список литературы

1. Породенко В.А. Ануприенко С.А., Заричнюк Ю.А. Анализ несмертельной мототравмы в городе Краснодаре // Актуальные проблемы судебной медицины: науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященная 200-летию со дня рождения Дмитрия Егоровича Мина (27–28 марта 2018 г.): сб. тезисов / под общ. ред. Ю.И. Пиголкина; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет). – М.: Изд-во Первого МГМУ имени И. М. Сеченова, 2018. – С. 109–111.

2. Сравнительный анализ полученных повреждений и степени тяжести вреда здоровью мотоциклистом, находящимся в мотоэкипировке и без мотозащиты при мотоциклетном травматизме / В.А. Величко, П.В. Евдокимов, И.В. Власюк, А.И. Авдеев // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – Хабаровск, 2019. – № 18. – С. 55–58.

**АНАЛИЗ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА
ПО УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2018 Г.
ПО ДАННЫМ БСМЭ МЗ УР ПРИ УЧАСТИИ ТРАНСПОРТНЫХ
СРЕДСТВ С РАЗРЕШЕННОЙ МАКСИМАЛЬНОЙ МАССОЙ
НЕ БОЛЕЕ 3,5 ТОННЫ И ПЕШЕХОДА**

Пушин Владислав Дмитриевич¹

*Научный руководитель – заведующий кафедрой судебной медицины с курсом
судебной гистологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия» Минздрава РФ,*

д-р мед. наук, проф. Вавилов Алексей Юрьевич²

*Кафедра судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП
(зав. – д-р мед. наук, проф. А.Ю. Вавилов) ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия» Минздрава РФ, Ижевск, Россия*

¹pushin_93@mail.ru, ²izhsudmed@hotmail.com

Приведен анализ 1331 случая дорожно-транспортного травматизма по Удмуртской Республике за период с 2014 по 2018 г. по данным БСМЭ МЗ УР.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, трупы, живые лица.

В настоящее время в РФ начиная с 2001 г., по данным ряда авторов, травмы при ДТП составляют от 30 до 40 % от всех видов травм. Среди смертельных исходов при травмах роль дорожно-транспортных происшествий достигает 60 % [1, 2].

Цель работы – набор и подготовка материала к углубленному анализу автодорожного травматизма в Удмуртской Республике за период с 2014 по 2018 г.

Материалы и методы. Основной метод: сбор материала, анализ с последующей выкопировкой данных из судебно-медицинских экспертиз по поводу ДТП и формирование базы данных для дальней-

шей оценки с помощью программы обработки электронных таблиц. Сбор материала включал следующие данные: номер экспертизы; дата происшествия; дата исследования; труп / живой; пол; возраст; по какой поверхности тела был удар; транспортное средство; контактные повреждения: ссадины, кровоподтеки, ушибленные раны; перелом зубов; черепно-мозговая травма (учитывались шесть признаков: переломы, разрывы оболочек, разрывы спинного мозга, ушибы, разможжение головного мозга, гематомы); переломы (учитывались переломы позвоночника, ребер, верхних и нижних конечностей); повреждения от общего сотрясения тела (учитывались разрывы: продолговатого мозга, перикарда, сердца, аорты, диафрагмы, трахеи, легких, пищевода, печени, поджелудочной железы, селезенки, почек, надпочечников, мочевого пузыря, матки, кишечника).

Всего проанализирована 1331 судебно-медицинская экспертиза: 106 случаев – в отделе экспертизы трупов и 1225 – в отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц.

Результаты. Из 106 судебно-медицинских экспертиз трупов 67 (63 %) – лица мужского пола, 39 (37 %) – женского. Наибольшее количество случаев смерти в результате ДТП как среди женщин (12; 31 %), так и среди мужчин (20; 30 %) зарегистрировано в 2017 г.

Из 1225 судебно-медицинских экспертиз живых лиц 502 (41 %) – это лица мужского пола, 723 (59 %) – женского. Больше всего потерпевших среди женщин было в 2015 г. (173), на их долю приходилось 24 %; среди мужчин – в 2016 и 2017 г. (117 и 118 соответственно), на их долю приходилось 23 и 24 %.

Распределение по возрасту демонстрирует преобладание мужчин трудоспособного (16–59 лет) возраста – 51 (48 %) – среди смертельных случаев; среди живых лиц – женщин трудоспособного (16–54 лет) возраста – 365 (30 %).

Все транспортные средства, которые отображались в постановлениях, были разделены на следующие категории: автомобили, мотоциклы, мопеды, велосипеды. В свою очередь автомобили были разделены по типу кузова: седан, хэтчбек, универсал, пикап, внедорожник, фургон. Чаще повреждения наносились автомобилем, тип кузова у которого был седан: при экспертизе трупов – 44 (41,51 %) случая, при экспертизе живых лиц – 658 (53,72 %). В некоторых экспертизах не

было информации о транспортном средстве: при экспертизе трупов – 25 (23,59 %) случаев, при экспертизе живых лиц – 283 (23,10 %).

Поверхность контакта тела пострадавшего, по которой наносился первоначальный удар, разделена на: переднюю, правую боковую, левую боковую, заднюю. По данным экспертизы трупов чаще всего удар приходился по задней поверхности тела – 29 (27,36 %). По сведениям экспертизы живых лиц – чаще всего информации не было – 963 (78,61 %), примерно одинаково встречались случаи, когда удар приходился по правой и левой боковым поверхностям тела – 106 (8,65 %) и 99 (8,08 %) соответственно.

При анализе повреждений выявлены следующие результаты: при черепно-мозговой травме при экспертизе трупов преобладали переломы – 69 (32 %), при экспертизе живых лиц в основном присутствовал ушиб головного мозга – 151 (52 %). Разрыв печени, почек, легких, диафрагмы, мочевого пузыря встречался и при экспертизе трупов и при экспертизе живых лиц, при этом разрыв легких преобладал: при экспертизе трупов – 69 (65,09 %), при экспертизе живых лиц – 10 (0,82 %).

Выводы. При судебно-медицинской экспертизе трупов больше всего смертей, вне зависимости от пола, зарегистрировано в 2017 г. При судебно-медицинской экспертизе трупов в период с 2014 по 2018 г. преобладают лица мужского пола – 67 случаев, а при судебно-медицинской экспертизе потерпевших лица женского пола – 723 случая. При судебно-медицинской экспертизе трупов преобладали мужчины трудоспособного возраста – 51 случай, при экспертизе живых лиц женщины трудоспособного возраста – 365 случаев. При экспертизе трупов выявлены следующие повреждения: черепно-мозговая травма, переломы нижних конечностей и ребер. При экспертизе живых лиц: кровоподтеки, ссадины и переломы нижних конечностей.

Список литературы

1. Сапожникова М. А. Морфология закрытой травмы груди и живота. – Л.: Медицина, 1988. – С. 160.
2. Солохин А.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы. – М.: Медицина, 1968. – С. 22–69.

СТАТИСТИКА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА С УЧАСТИЕМ ВЕЛОТРАНСПОРТА В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2017–2019 ГГ.

Росляков Сергей Александрович¹

Научный руководитель – начальник ГУЗ «БСМЭ МЗ СО»

Левин Дмитрий Григорьевич²

ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы

Министерства здравоохранения Саратовской области», Саратов, Россия

¹serjroslyakov@gmail.com, ²bsme@bsme64.ru

Наезд автотранспортного средства на велосипедиста несет повышенную опасность для последнего ввиду несопоставимой массы транспортных средств и нередко отсутствия защитной и светоотражающей экипировки у велосипедиста. Распространение в настоящее время велосипедного транспорта, использование его в зимнее время, недостаточное развитие условий для использования велотранспорта также влияет на рост числа случаев велотравмы.

Ключевые слова: дорожно-транспортное происшествие, велотранспорт, судебно-медицинская экспертиза.

Цель работы – провести статистический анализ ДТП с участием велотранспорта за 2017–2019 гг. в Саратовской области, осветить основные моменты судебно-медицинской экспертизы в случаях велосипедной травмы [1, 2].

Материалы и методы. Проанализирована база данных ГИБДД по дорожно-транспортным происшествиям с участием велотранспорта в Саратовской области за 2017–2019 гг., данные судебно-медицинских исследований случаев дорожно-транспортных происшествий с участием велотранспорта (таблица).

Результаты. По данным 13 судебно-медицинских исследований (за 2017–2019 гг.) установлено, что среди пострадавших 10 мужчин и 3 женщины, из них один подросток (12 лет), 5 молодого возраста 20

(26–40 лет), 3 среднего возраста (55–58 лет), 3 пожилого возраста (65–72 лет), один старческого возраста (80 лет).

**Статистика ДТП в Саратовской области за 2017–2019 гг.,
общая и с участием велосипедистов-водителей**

ДТП	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Всего	3141	3213	3159
Ранено, абс.	4138	3213	3159
Погибло, абс.	358	321	293
Из них:			
– велосипедистов ранено, абс. (%)	70 (1,69)	62 (1,93)	88 (2,7)
– велосипедистов погибло, абс. (%)	7 (1,95)	8 (2,49)	10 (3,4)

По данным судебно-химических исследований: у одного пострадавшего обнаружен этиловый спирт в крови в концентрации 0,9 г/л, у троих – от 1,6 до 2,3 г/л. У остальных пострадавших этиловый спирт в крови не обнаружен или же кровь для исследования не отбиралась из-за длительного пребывания в стационаре.

Основным диагнозом в 10 случаях указана тупая сочетанная травма тела, в 3 – тупая травма головы.

В качестве обстоятельств травмы в 10 случаях указан велосипедист-водитель, пострадавший в результате ДТП при столкновении с автомобилем. В остальных случаях автомобиль не участвовал.

Из 13 пострадавших 7 скончались на месте происшествия.

По механизму велосипедную травму подразделяют на наезд на пешеходов и падение с велосипеда. В случаях наездов на пешеходов смертельные случаи зачастую обусловлены закрытой черепно-мозговой травмой, которая в этих случаях не несет характерных для велотравмы признаков.

Падение с велосипеда возникает как в результате столкновения с автотранспортом, так и от толчка на неровностях дороги или наезда на какое-либо препятствие. В обоих случаях травмы головы нередко сочетаются с повреждениями внутренних органов, переломами ребер с ранением легких и последующим развитием гемопневмоторакса. В случае падения с велосипеда, в том числе в попытке увернуться от автомобиля, повреждения велосипеда чаще отсутствуют, а повреждения на теле потерпевшего односторонние. При наезде ве-

лосипедиста на неподвижное препятствие тело его по инерции продолжает движение в том же направлении, где и будет располагаться.

При столкновении велосипедистов с автомашиной тело пострадавшего отбрасывается по ходу движения автомашины, а при вторичном ударе о грунт или другую поверхность у велосипедиста могут возникать переломы костей с той же стороны тела. Велосипед, а также другие предметы, принадлежавшие пострадавшему, располагаются ближе к месту соударения, что помогает определить направление движения автомобиля, причинившего травму велосипедисту.

При появлении опасности велосипедисты инстинктивно начинают тормозить движение подошвами ног. При этом на дороге обнаруживаются динамические следы от подошв с одной или с обеих сторон от следов протектора велосипеда. По наличию таких следов можно прийти к заключению, что велосипедист видел опасность и принимал меры к предупреждению аварии.

Правильная интерпретация полученных данных позволит установить факт наезда автомобиля на велосипедиста или наезда велосипедиста на пешехода или препятствие.

Выводы. Приведенные статистические показатели свидетельствуют о том, что велосипедный травматизм приобретает все большую социально-экономическую проблему ввиду травматизации преимущественно лиц работоспособного возраста, отмечается высокий процент смертности непосредственно на месте происшествия. Необходимо более тщательно и полно подходить к фиксации деталей и обстоятельств ДТП с участием велотранспорта, что дополнит статистику данных случаев и позволит более грамотно подойти к введению профилактических мер велосипедного травматизма.

Список литературы

1. Игнатенко А. П. Смертельный травматизм, связанный с велосипедным транспортом. / Игнатенко А. П. // Судебно-медицинская экспертиза. – 1968. – № 2. – С. 13–14.

2. Избранные лекции по судебной медицине и криминалистике: в 2 т. / В.Д. Исаков, Р.В. Бабаханян, А.Н. Белых, М.Д. Мазуренко [и др.]. – СПб.: Изд-во Военно-медицинской академия, 1996. – С. 275–277.

ТАНАТОЛОГИЯ И ГИСТОЛОГИЯ

УДК 616–001.86

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СМЕРТИ ОТ УТОПЛЕНИЯ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Васенев Виталий Александрович¹

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Сафин Равиль Якупович²

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

(зав. – д-р мед. наук, проф. Е.Л. Казачков)

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, Челябинск, Россия

¹vitaliy-vasenev96@yandex.ru, ²chel.edu@sudmed.info

Утопление является достаточно частой причиной насильственной смерти. Смерть от утопления носит весомый социальный характер, так как наносит ощутимый экономический ущерб вследствие того, что чаще всего погибают люди трудоспособного возраста.

Ключевые слова: утопление, исследование, смертность.

Цель исследования – изучить социально-гендерные особенности утопления как причины смерти за 2017–2019 гг. в Челябинской области, а также особенности диагностики при судебно-медицинских исследованиях трупов умерших от утопления.

Задачи:

- провести статистическое исследование случаев смерти от утопления в Челябинской области;
- охарактеризовать возрастной состав утонувших;
- оценить структуру по полу и возрасту;

- определить частоту наличия алкоголя в крови погибших от утопления;
- выявить взаимосвязь с типом водоема;
- оценить особенности судебно-медицинской диагностики утопления экспертами ГБУЗ ЧОБСМЭ.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было изучено 390 электронных статистических карт судебно-медицинских исследований трупов, проведенные в ГБУЗ ЧОБСМЭ в 2017–2019 гг., в которых в качестве основной причины смерти указано утопление.

За указанный период детально было изучено 36 актов судебно-медицинского исследования для верификации признаков, на основании которых экспертами ГБУЗ ЧОБСМЭ была установлена причина смерти – утопление.

Результаты. На рис. 1 представлена распространенность смерти от утопления в Челябинской области. В исследованный период наибольшее количество случаев наблюдалось в крупных городах области – Челябинске и Магнитогорске (70 и 33 случая соответственно), а также в Аргаяшском, Красноармейском, Миасском, Чебаркульском, Сосновском районах. На рис. 2 представлена распространенность смерти от утопления в г. Челябинске. С 2017 по 2019 г. большая часть утоплений приходится на Ленинский район (24,3 %).

Проанализировав данные за три года, можно сделать вывод, что подавляющее большинство утонувших – мужчины (в среднем 83,2 %), в основном это люди трудоспособного возраста (от 30 до 60 лет). Основная доля приходится на возрастную группу 30–39 лет. На рис. 3 (а, б) представлено распределение утонувших по полу и возрасту.

За исследованный период наблюдается преобладание утонувших в состоянии алкогольного опьянения: в ходе судебно-медицинского исследования в крови обнаружился алкоголь в различной концентрации (min – 0,3 ‰, max – 5,5 ‰). На рис. 4 приведено соотношение наличия и отсутствия алкоголя в крови утонувших.

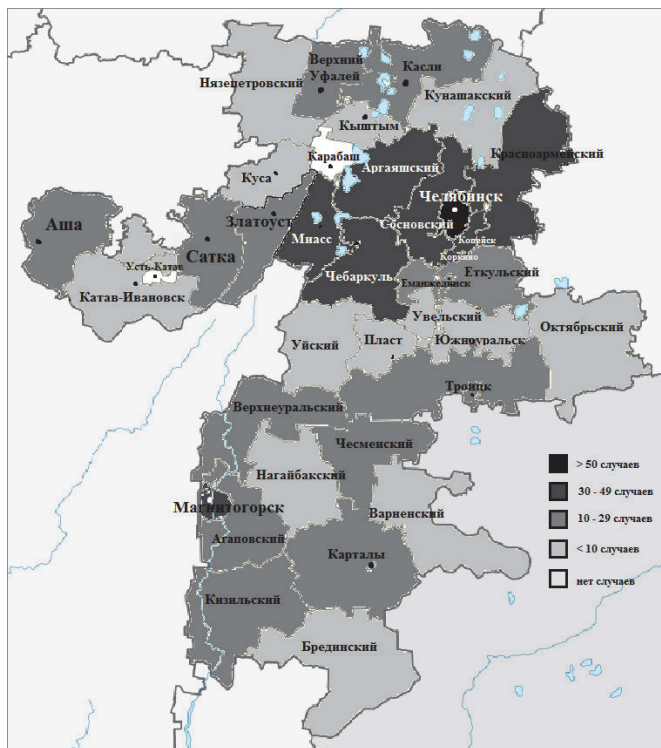


Рис. 1. Распространенность смерти от утопления в Челябинской области

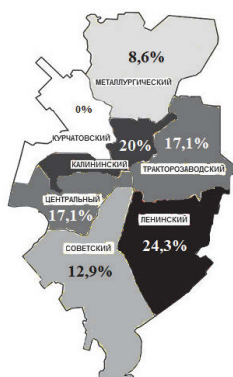


Рис. 2. Распространенность смерти от утопления в г. Челябинске, %



а



б

Рис. 3. Распределение утонувших: а – по полу; б – по возрасту



Рис. 4. Наличие или отсутствие алкоголя в крови утонувших

Установлено, что за период с 2017 по 2019 г. преобладающее число людей утонуло в естественных водоемах (реки, озера и т.п.) (рис. 5).



Рис. 5. Распределение утонувших по видам водоёма

Во все годы исследуемого периода утопления чаще всего приходились на летние месяцы. На рис. 6 приведена взаимосвязь количества утоплений от времени года.



Рис. 6. Распределение утоплений по временам года

В ходе изучения выявлены следующие закономерности диагностических признаков утопления: острая эмфизема легких обнаруживалась в 75 % случаев; жидкость в пазухе клиновидной кости – в 86 %. В 35 из 36 случаев было назначено дополнительное исследование на наличие диатомового планктона, из них панцири диатомового планктона в почках обнаруживались в 75 % случаев [1, 2].

Выводы. В ходе исследования установлено, что утопление чаще всего встречается среди лиц мужского пола в возрасте 30–39 лет, летом, в естественных водоемах. В большинстве случаев умершие находились в состоянии алкогольного опьянения, концентрация алкоголя в крови и/или моче 0,3–5,5 %.

Стоит отметить, что эксперты во время исследования чаще обращают особое внимание на следующие диагностические признаки утопления:

- обнаружение диатомового планктона в почках;
- жидкость в пазухе клиновидной кости;
- острая эмфизема легких.

На рис. 7 представлен график распределения количества утоплений в 2017–2019 гг. Прослеживается четкая тенденция к снижению количества утоплений.



Рис. 7. График распределения количества утоплений в 2017–2019 гг.

Несмотря на то что частота встречаемости утоплений снизилась со 141 случая в 2017 г. до 120 случаев в 2019 г., утопление по-прежнему остается одной из актуальных причин насильственной смерти.

Список литературы

1. Патологоанатомические механизмы утопления и планктоноскопический метод диагностики типов утопления / Н.В. Хлуднева [и др.] // Медицинская экспертиза и право. – 2012. – № 3. – С. 18–20.
2. Пиголкин Ю.И. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза / под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 728 с.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОСРЕДСТВОМ СТРОИТЕЛЬНО-МОНТАЖНОГО ПИСТОЛЕТА, ПОВЛЕКШЕЕ ЗА СОБОЙ ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД

Воронько Яна Александровна

Научный руководитель – зав. учебной частью, д-р мед. наук,

проф. Баринов Евгений Христофорович

Кафедра судебной медицины и медицинского права

(зав. – д-р мед. наук, проф. П.О. Ромодановский)

*ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,*

Москва, Россия

vrnkyana@yandex.ru, ev.barinov@mail.ru

Рассматривается случай нанесения самоповреждения строительно-монтажным пистолетом, который послужил причиной летального исхода.

Ключевые слова: самоповреждение, строительно-монтажный пистолет, смерть.

Случаи самоубийства с помощью строительного-монтажного пистолета достаточно редки в практике судебно-медицинского эксперта, в связи с чем в отечественной литературе присутствует малое количество работ, посвященных данной тематике [1–3]. Вышеуказанное делает ее перспективной для дальнейшего изучения.

Описание случая. С целью ведения строительно-монтажных работ в настоящее время используются такие виды строительно-монтажных пистолетов, как «ПЦ 52», «ПЦ-52-1», «ПЦ-84», и другие. Данные пистолеты работают по принципу поршневого действия, где энергия порохового заряда строительного патрона используется для выстрела крепежным дюбелем, скрепляющим между собой строительные материалы.

В нашей экспертной практике имел место следующий случай: для проведения судебно-медицинской экспертизы из стационара

был доставлен труп гражданина Б., 56 лет. Согласно материалам дела, находясь у себя дома, он произвел выстрел из строительномонтажного пистолета в правую височную область, после чего в крайне тяжелом состоянии был доставлен в реанимацию стационара, где провел трое суток, после чего наступил летальный исход. При наружном исследовании трупа в правой височной области имеется рана округлой формы размером 1×1,1 см, с неровными, несопоставимыми краями. На коже вокруг нее – циркулярное осаднение размером до 0,3 см с западающей плотной коричневатокрасной поверхностью, местами с черноватым, блестящим оттенком. Из раны выделялся мозговой детрит серокрасного цвета. При внутреннем исследовании трупа было выявлено, что вокруг вышеописанной раны располагается внутричерепное кровоизлияние фиолетового цвета, размерами 2,5×2,1 см. В мягких тканях головы височной области и в височной мышце справа также имелись очаговые темнокрасные кровоизлияния. Обнаружено сквозное повреждение правой височной кости в области чешуи с формированием дефекта округлой формы с неровными, мелкозубчатыми краями и отсутствием части костной ткани размером 2×2,1 см. Вокруг на протяжении 0,9 см имелись костные отломки треугольной формы, образованные пересечением множественных радиальных трещин с мелкозубчатыми краями. Твердая мозговая оболочка напряжена в области правого полушария, в ее синусах следы жидкой крови, в проекции дефекта височной кости имеется сквозное повреждение округлой формы с неровными, выступающими внутрь, несопоставимыми краями (0,8×0,9 см) и двумя дополнительными разрывами, идущими вправо и влево, с неровными краями и острым концом по 0,7×0,2 см. Под твердой мозговой оболочкой в проекции височной и теменной долей правого полушария располагается 90 мл рыхлых, темнокрасных свертков крови, частично спаянных с поверхностью оболочки. Под мягкими мозговыми оболочками всю поверхность лобных, височных и теменных долей обоих полушарий покрывают темнокрасные кровоизлияния на участках по 23×13×0,2 см. В области правой височной доли обнаружен металлический дюбель серого цвета, со-

стоящий из шляпки и стержня и возвышающийся над поверхностью на 0,7 см, который прошел через кору правой височной доли, эпендиму бокового желудочка справа и остановился в полости бокового желудочка. При его извлечении выявлен раневой канал округлой формы с ровными краями и множественными точечными синюшно-красными кровоизлияниями по периферии. Желудочки умеренно расширены, заполнены ликвором желтого цвета с единичными точечными свертками крови.

Выводы. Таким образом, учитывая данные судебно-медицинского исследования трупа, а именно расположение входного повреждения, дистанцию выстрела и его направление, а также характер выявленных при внутреннем исследовании повреждений, можно сделать вывод, что данное повреждение, причиненное строительно-монтажным пистолетом, и послужило непосредственной причиной смерти гражданина Б., 56 лет.

Список литературы

1. Коновалов А.И., Янковский В.Э. О смертельном повреждении из строительно-монтажного пистолета «ПЦ-52-1» // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Вып. второй. – Барнаул: МЗ РСФСР, АГМИ, 1985. – С. 74–76.
2. Купов И.Я. К вопросу о повреждениях из строительно-монтажного пистолета СМП-1» // Судебно-медицинская экспертиза. – 1962. – № 2.
3. Невмержицкий В.Н., Коновалов А.И., Чайковская М.В. Самоубийство из строительно-монтажного пистолета // Академический вестник. – 2012. – № 1 (19). – С. 147–149.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА

Грехов Иван Андреевич¹, Шульских Полина Викторовна²

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Долгова Оксана Борисовна

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

(зав. – д-р мед. наук, проф. Л.М. Гринберг)

ФГБОУ ВО Минздрава России Уральский государственный медицинский

университет, Екатеринбург, Российская Федерация

¹nighterit@gmail.com, ²gatekeeper_ku@mail.ru

Проанализирована проблема морфологической диагностики насильственной смерти, возникающая при неверном определении категории смерти пациентов, получавших помощь в стационарных условиях. Предложены пути решения данной проблемы.

Ключевые слова: насильственная смерть, патолого-анатомическое исследование, клинический случай.

Ответственность за определение направления на исследование трупа в случаях смерти пациента в медицинской организации, получившего медицинскую помощь в стационарных условиях, несет главный врач медицинской организации [1]. Выбор между патолого-анатомическим и судебно-медицинским исследованием определяет установленная в стационаре категория смерти, что требует объективного анализа клинической ситуации. В некоторых случаях данных медицинской карты стационарного больного бывает недостаточно, чтобы установить категорию смерти и направить труп на необходимое исследование. В результате случаи насильственной смерти от действия факторов внешней среды исследуют врачи-патологоанатомы. Отсутствие объективной категоризации причины смерти пациентов приводит к превышению специалистами-патологоанатомами пределов своей компетенции.

При подозрении на насильственную смерть врач-патолого-анатом должен прекратить исследование трупа, сообщить руководителю и перенаправить труп судебно-медицинскому эксперту [1] для проведения дополнительных исследований, выходящих за пределы возможностей патолого-анатомической службы: послойного исследования мягких тканей лица и скелетирования лицевого черепа, послойного исследования мягких тканей спины и шеи [1, 2], химикотоксикологического анализа биологических жидкостей, тканей и др.

Цель исследования – определить необходимость участия судебно-медицинского эксперта в определении категории смерти человека и решении вопроса о требуемом виде посмертного исследования.

Материалы и методы. Анализ данных медицинской документации, включая медицинскую карту стационарного больного, протокол патолого-анатомического исследования.

Результаты. С целью оценки необходимости организации участия судебно-медицинского эксперта в установлении причины смерти человека и решении вопроса о требуемом виде посмертного исследования рассмотрен следующий клинический случай.

Женщина, 1954 г.р., госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение медицинской организации 3-го уровня из медицинской организации 1-го уровня в тяжелом состоянии с диагнозом: механическая желтуха? *Данные из медицинской документации лечебного учреждения 1-го уровня:* госпитализирована на 4-е сутки болезни с жалобами на выраженную слабость, боль в пояснице, болезненное частое мочеиспускание красного цвета, тошноту, рвоту водой и съеденной пищей, диареею до 7 раз в день, повышение температуры тела до фебрильных цифр. Известно, что пациентка бесконтрольно принимала жаропонижающие препараты в течение 7 дней. На 6-е сутки госпитализации появилась иктеричность кожи и слизистых, на 10-е сутки – олигоурия. Лабораторно: IgG к гепатиту А, HBsAg, АТ к HCV, микрофлора в моче, яйца глист в кале – не выявлены. Рентгенография грудной клетки: без патологии. Несмотря на проводимую терапию, состояние пациентки ухудшалось за счет про-

грессирования печеночно-почечной недостаточности, в связи с чем на 13-е сутки госпитализации был осуществлен перевод в медицинскую организацию 3-го уровня. *При осмотре:* кожа и склеры иктеричные, артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации в эпигастрии. Анурия. *Лабораторно:* лейкоциты – до 19,8, мочевины – до 48, креатинин – до 1295, билирубин – до 255, калий – до 6,2, АСТ – до 1606, АЛТ – до 806; в общем анализе мочи лейкоцитов >500, белок >3, кровь – 200. На 3-и сутки госпитализации – биологическая смерть.

В заключительном клиническом диагнозе определено:

- основное заболевание: ИБС, острый инфаркт миокарда неуточненной локализации;
- осложнения основного заболевания: тромбоз мезентериальных артерий. Ишемический гепатит. Острое почечное повреждение сложного генеза;
- фоновые заболевания: парапанкреатическая киста забрюшинного пространства.

При **патолого-анатомическом исследовании** миокард дряблеоэластический, коричневый, однородный; слизистая желудка красно-коричневая с множественными сливными эрозиями и язвами до 1 см в диаметре; в тонкой кишке множественные очаги до 15 см бордового цвета со сглаженной коричневой слизистой, с красным жидким содержимым; в правой доле печени на участке 5×5 см множественные очаги белесоватого цвета; в головке поджелудочной железы кистозное образование диаметром 3,5 см с шероховатой зеленой стенкой толщиной до 0,3 см с гноевидным содержимым; легкие без патологических изменений; поверхность почек мелкозернистая с множественными втяжениями, слои на разрезе слабо дифференцируются.

Гистологически выявлены в печени сливающиеся некрозы, в почках – массивный некротический нефроз, в поджелудочной железе – казеозный некроз с нагноением, в тонкой кишке – тотальный некроз слизистой, гранулемы, гигантские клетки, в брыжейке тон-

кой кишки – лимфаденит, в *лимфоузлах* – субтотальный некроз, в *сердце* и *легких* – патологические очаги не выявлены.

В связи с данной микроскопической картиной проведена дополнительная окраска на туберкулез: КУМ (+), немногочисленные микобактерии в тонкой кишке и печени.

Несмотря на обнаруженные микобактерии, в качестве основного заболевания туберкулез не установлен в связи с наличием в данном случае некротического нефроза, массивного прогрессирующего некроза печени, эрозивно-язвенного поражения желудка, которые не являются характерными признаками или осложнениями указанной болезни, однако диагностируются при острых отравлениях нестероидными противовоспалительными веществами.

Однозначно установить этиологию поражения внутренних органов в рамках патолого-анатомического исследования не представляется возможным, учитывая пределы компетенции врача-патолого-анатома, что требует привлечения для исследования судебно-медицинского эксперта. В Свердловской области возможность максимально быстрого взаимодействия между службами возможна, поскольку территориально службы как в г. Екатеринбурге, так и в районах области расположены близко.

В случаях невозможности установления объективно этиологии нозологической единицы (причины смерти) врач-патологоанатом использует синдромальный вариант диагноза с указанием обнаруженных изменений, позволяющих интерпретировать их в последующем при обнаружении дополнительных данных [3].

Выводы:

1. С целью правильного выбора варианта исследования трупа пациента, скончавшегося в стационаре медицинской организации, необходимо всегда рассматривать случай смерти как подозрительный на насильственную, тщательно анализировать медицинскую документацию, при необходимости вопрос обсуждать коллегиально.

2. Для снижения вероятности возникновения случаев ошибочной категоризации смерти возможно участие судебно-медицинского эксперта в обсуждении клинического случая до решения вопроса о

направлении трупа на патолого-анатомическое или судебно-медицинское исследование.

3. В сомнительных случаях труп необходимо направлять на судебно-медицинское исследование.

Список литературы

1. О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий: Приказ Минздрава России от 06.06.2013 г. № 354н / зарегистрировано в Минюсте России 16.12.2013 г. № 30612. – М., 2013.

2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 27.12.2019 г., с изм. от 13.01.2020 г.) / с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2020 г. – М., 2020.

3. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-патологоанатом: Приказ Минтруда России от 14.03.2018 г. № 131н / зарегистрировано в Минюсте России 05.04.2018 г. № 50645. – М., 2018.

**СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА
ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ
PROTEUS MIRABILIS, СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ**

Емельянова Анастасия Сергеевна¹

Научные руководители – канд. мед. наук, доц. Бабушкина Карина Аркадьевна²,
судебно-медицинский эксперт Пономарев Дмитрий Валерьевич³
Кафедра судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП
(зав. – д-р мед. наук, проф. А.Ю. Вавилов) ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия» Минздрава РФ, Ижевск, Россия
БУЗ УР «Бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УР»
(и.о. нач. – канд. мед. наук С.В. Хохлов), Ижевск, Россия¹
muse152@mail.ru,^{2,3}izhevsk001@yandex.ru

Рассматривается случай летального исхода от острой кишечной инфекции, вызванной условно-патогенными микроорганизмами рода *Proteus*.

Ключевые слова: острая кишечная инфекция, *Proteus mirabilis*, судебно-медицинская экспертиза.

В настоящее время заболевания группы острых кишечных инфекций не теряют своей актуальности, при этом все чаще возбудителями являются микроорганизмы условно-патогенной микрофлоры.

Цель исследования – проанализировать литературные данные по заболеванию острой кишечной инфекцией, вызванной *Proteus mirabilis*, и рассмотреть случай летального исхода в практике судебно-медицинского эксперта.

Условно-патогенная микрофлора вызывает патологический процесс при условии пониженной резистентности организма и изменения защитных свойств нормальной микрофлоры [1]. Клинические и морфологические изменения в организме при заболеваниях, вызванных условно-патогенной микрофлорой, в литературе недостаточно освещены. Некоторые авторы [3] на основании своих на-

блюдений описывают проявления протейного энтерита, энтероколита, для которых характерны острое начало с кратковременным подъемом температуры, астенический синдром, диарейный синдром, проявляющийся обильным пенистым стулом с примесями слизи, а иногда и крови [2]. Вышеописанные проявления при должном лечении и наблюдении не приводят к летальному исходу.

Описание случая. Проведено исследование трупа ребенка 4-летнего возраста. Из обстоятельств дела известно, что ребенок, проживал в сельской местности, был болен в течение 3 дней, за медицинской помощью родители не обращались, лечили с помощью энтеросорбентов. На третий день у ребенка появилась резкая слабость, в связи с чем была вызвана бригада СМП, по приезду которой ребенок скончался. При наружном исследовании: увеличение живота в объеме, напряженная передняя брюшная стенка с бледно-серо-зеленым оттенком, асимметричные по диаметру зрачки. При внутреннем исследовании обнаружены следы полупрозрачной желтоватой жидкости в брюшной полости, в просвете пищевода пристеночно расположена светло-коричневая слизь с каловым запахом. Содержимое желудка представляло собой пенистую коричневую мутную слизь с каловым запахом, слизистая оболочка без кровоизлияний. В просвете двенадцатиперстной кишки – студневидная масса бело-серого цвета без запаха. Петли тонкой кишки равномерно раздуты газами, в просвете пристеночно располагается желтоватая слизь с каловым запахом, слизистая оболочка светло-серо-желтого цвета с расширенными кровеносными сосудами. Петли толстой кишки на всем протяжении увеличены в объеме, расширены до 7–8 см в диаметре, содержимое в виде неоформленных каловых масс желтой окраски со зловонным запахом, слизистая оболочка имеет серовато-зеленоватую окраску. Длина толстой кишки – 1,1 м. Помимо патологических изменений в желудочно-кишечном тракте были выявлены макроскопические признаки отека головного мозга. При гистологическом исследовании выставлен диагноз: острый серозно-десквамативный энтероколит с преимущественным поражением толстой кишки, с мелкоочаговыми кровоизлияниями в слизистую

оболочку, лейкоцитарной инфильтрацией подслизистого слоя, наличием в синусах регионарного лимфоузла скоплений лейкоцитов, лейкостазами в венулах брыжейки. Отек головного мозга. Гистологические признаки гипоганглиоза толстой кишки с дистрофическими изменениями ганглиев, утолщением мышечного слоя, фиброзом подслизистого слоя. При бактериологическом исследовании фрагментов толстой кишки, содержимого толстой кишки, фрагментов тонкой кишки выделена культура *Proteus mirabilis*.

Выводы. На основании вышеизложенных данных стоит отметить, что летальные исходы от острой кишечной инфекции, вызванной бактериями рода *Proteus*, не описаны в литературных источниках, и наш практический случай является единичным в своем роде. Это объясняется тем, что при своевременном оказании медицинской помощи данное заболевание предусматривает благоприятный исход. Важнейшая профилактическая мера – это соблюдение правил личной гигиены, о чем необходимо проводить беседы в медицинских организациях, в частности, с участковыми педиатрами, на которых возложена ответственность ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни»). В том числе пациентам и их родителям не стоит забывать об обязанностях всех граждан заботиться о своем здоровье, указанных в ст. 27 ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Список литературы

1 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: ФЗ № 323 от 21.11.2011. – М., 2011.

2. Острые кишечные инфекции в практике участкового педиатра и терапевта: учебное пособие для системы дополнительного профессионального образования врачей / С.Н. Орлова, В.Ф. Баликин, Н.Н. Шибачева, Е.Н. Копышева [и др.]. – Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2011. – 102 с.

3. Харченко Г.А., Буркин А.В. Кишечные инфекции у детей раннего возраста. – Ростов н/Д.: Феникс, 2007. – С. 288 – (Медицина для вас).

АНАЛИЗ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ ПО Г. ИЖЕВСКУ ЗА 2015 И 2019 Г.

Емельянова Анастасия Сергеевна¹

*Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Бабушкина Карина Аркадьевна²
Кафедра судебной медицины с курсом судебной гистологии ФПК и ПП
(зав. – д-р мед. наук, проф. А.Ю. Вавилов) ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия» Минздрава РФ, Ижевск, Россия
¹ muse152@mail.ru, ²izhevsk001@yandex.ru*

Проведен анализ завершенных суицидов в г. Ижевске, столице Удмуртской Республики, за 2015 и 2019 г.

Ключевые слова: завершенные суициды, г. Ижевск, судебно-медицинская экспертиза.

Самоубийство как социальная проблема существует на протяжении всей истории человечества, и его уровень считается одним из показателей неблагополучия общества [2].

Цель исследования – проанализировать и сравнить структуру завершенных суицидов по различным показателям в г. Ижевске за 2015 и 2019 г.

Материалы и методы. Работа выполнена с использованием архивного материала отделения экспертизы трупов БУЗ «БСМЭ МЗ УР» за 2015 и 2019 г.

Результаты. Суицид – это добровольное, самостоятельное, осознанное и в достаточной мере саморазрушительное действие, непосредственной и ближайшей целью которого является лишение себя жизни [3]. Также Э. Дюркгейм дает определение самоубийства, которое остается актуальным в настоящее время, где подчеркивается, что «самоубийство непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожи-

давших его результатах» [1]. В данной статье рассматриваются лишь завершённые суициды, которые определяются как результат положительного поступка.

В структуре смертности по г. Ижевску доля завершённых суицидов составила 6,55 % в 2015 г. и 3,99 % в 2019 г.

При анализе структуры завершённых суицидов по способу самоубийства лидирующую позицию занимают случаи повешения, которые составляют больше 50 %, причем доля повешения в 2019 г. увеличилась на 1,18 % по сравнению с данными 2015 г. На втором месте случаи падения с высоты, которые составляют 27,51 и 27,08 % соответственно. Каждый из остальных способов самоубийства занимает менее 10 % в структуре завершённых суицидов за исследуемые годы.

Распределение пострадавших по гендерному признаку в структуре завершённых суицидов в соотношении мужчин к женщинам составляет 2,8:1,0 и 3,2:1,0 соответственно анализируемым годам. Наибольшее количество случаев приходится на мужчин трудоспособного возраста (16–59 лет), данная тенденция прослеживается как в 2015 г., так и в 2019 г. В пенсионном возрасте (мужчины от 60 лет; женщины от 55 лет) показатели завершённых суицидов среди мужчин незначительно выше.

Анализ рода деятельности суицидентов показал, что большинство являлись безработными, составляя 43,23 % в 2015 г. и 40,28 % в 2019 г. Пенсионеры составили 29,26 и 31,25 %. Стоит отметить, что количество случаев завершённых суицидов среди квалифицированных рабочих и прочих специалистов уменьшилось в 2019 г. на 5,02 и 1,75 % соответственно. Практически на одном уровне количество завершённых суицидов остается в группе «Руководители и специалисты высшего уровня квалификации». В других группах по роду деятельности наблюдается тенденция повышения случаев суицида. При исследовании уровня образования суицидентов отмечается преобладающее значение среднего общего образования и увеличение данного показателя в 2019 г., который составил 52,78 %.

В 51 % случаев при судебно-химическом исследовании крови этиловый спирт и его производные не были обнаружены. Однако

стоит отметить, что в 2019 г. при обнаружении алкоголя у суицидентов его концентрация распределялась более равномерно по степени опьянения, увеличивая при этом случаи среднего и сильного опьянения, а также тяжелого отравления.

Также к одному из факторов риска относят наличие тяжелой соматической патологии. В нашем анализе данных такие случаи были выявлены в 4,3 и 6,9 % соответственно анализируемым годам. Причем следует указать, что к «тяжелой соматической патологии» отнесли онкологические заболевания, преимущественно с метастазированием, туберкулез легких в различных стадиях заболевания, ОНМК и его последствия, оперативные вмешательства в прошлом. Имелись единичные случаи беременности до 12 недель в 2015 г. в юношеском возрасте (18, 21 год).

Выводы. На основании полученных результатов установлено снижение процентного соотношения завершенных суицидов к показателю общей смертности по г. Ижевску. Выявлены схожие черты и отличия по рассматриваемым признакам в структуре завершенных суицидов за 2015 и 2019 г. В большинстве проанализированных случаев самым частым вариантом самоубийства было повешение среди мужчин трудоспособного возраста. Без учета пола и возраста преобладают суициденты со средним общим образованием; по роду деятельности – безработные. В половине случаев при судебно-химическом исследовании этиловый спирт и его производные не обнаружены. Процент случаев наличия тяжелой соматической патологии у суицидентов незначителен. По анализируемым характеристикам можно составить группу людей, входящих в зону риска.

Список литературы

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд / пер. с фр. с сокр.; под ред. В.А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
2. Прошутин В.Л. Судебная медицина и проблема самоубийств. – Ижевск, 1999. – С. 8–20.
3. Трунов Д.Г. Определение суицида: поиск критериев // Суицидология. – 2016. – Т. 7, № 1 (22). – С. 64–67.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ (СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ)

Кузьмичева Татьяна Геннадьевна*

*Научные руководители – секретарь научно-организационного совета,
заведующий Восточным отделом КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской
экспертизы» Кузьмичев Денис Евгеньевич*,
председатель Научно-организационного совета,
начальник КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
Скребов Роман Владимирович*
КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Ханты-Мансийск, Меггион, Россия
sudmednauka@mail.ru

Описаны секционные морфологические находки онкологической патологии, озвучена проблема своевременной диагностики и тактики ведения пациентов с раковыми заболеваниями.

Ключевые слова: онкологическая патология, практика.

Злокачественное новообразование – заболевание, характерной особенностью которого является бесконтрольное деление клеток различных тканей организма, способных распространяться на соседние участки здоровых тканей, а также в отдаленные органы (метастазы).

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется около 10 млн впервые выявленных злокачественных опухолей. На диспансерном учете по онкозаболеваниям находится около 35 млн пациентов. Сотрудники ВОЗ предполагают, что в течение ближайшего двадцатилетия количество заболевших раком увеличится на 70 %. В России ежегодно выявляется более 500 тысяч новых случаев онкозаболеваний, погибает 300 тысяч больных, что связано с отсутствием средств на лечение (10 %) и поздним обращением за медицинской помощью (20 %)*.

* Актуальные вопросы судебной медицины: сборник науч.-практ. статей / под ред. Р.В. Скребова, Д.Е. Кузьмичева [и др.]. – Ханты-Мансийск, 2019. – Вып. 2. – 212 с.

Описание случая 1. Женщина среднего возраста, поступила из дома. Известно, что около 4 лет назад в поликлинике по месту жительства был установлен клинический диагноз рака шейки матки, в течение 2,5 г. наблюдалась у онколога, проходила лечение в виде химиотерапии. Последнее 1,5 г. за медицинской помощью не обращалась. В ходе исследования обращали на себя внимание: истощение; мочевого пузырь, матка с придатками были спаяны в единый конгломерат за счет разрастания новообразования, без четких границ и дифференцировки тканей органов; на разрезах послойное строение мочевого пузыря, матки, шейки матки резко нарушено за счет разрастания новообразования с участками мелких кровоизлияний и сливающихся очагов некроза. Гистологическое исследование выявило: высокодифференцированный плоскоклеточный рак шейки матки с прорастанием в стенку мочевого пузыря, мягкие ткани, органы малого таза.

Анамнестические сведения, макро- и микроскопическая картина позволили верифицировать диагноз: высокодифференцированный плоскоклеточный рак шейки матки с прорастанием в стенку мочевого пузыря, матку, мягкие ткани малого таза, осложнением которого явилась раковая интоксикация.

Описание случая 2. Мужчина, 48 лет, в течение последнего года жизни неоднократно обследовался по поводу болей в животе. Накануне наступления смерти в клинике установлен диагноз: злокачественное новообразование поджелудочной железы? Прижизненной диагностики проведено не было, диагноз так и остался под вопросом. Морфологические изменения следующие. В брюшной полости 1800 мл зловонной зелено-коричневого цвета мутной жидкости, на брюшине всех отделов брюшной полости серо-зеленые рыхлые наложения, петли кишечника рыхло спаяны между собой. Головка поджелудочной железы округлой формы, плотной эластичной консистенции, увеличена, размеры 4×4×3,5 см, на разрезах представлена тканью серо-белого цвета с полостями диаметром 0,7; 0,4; 0,5; 0,6; 0,8 см с желеобразным светло-коричневого цвета содержимым. Тело и хвост железы уменьшены в размерах, на протяжении тела и хвоста железа представлена эластичной тканью серого цвета, на разрезах типичный рисунок строения железы не определяется, дольча-

тость не просматривается, на разрезах ткань волокнистого вида серо-желтоватого цвета с дряблыми участками коричневого цвета размером 0,5×0,5 см, 1,0×0,8 см. Головка поджелудочной железы интимно сращена со стенкой двенадцатиперстной кишки. Жировая клетчатка, прилежащая к поджелудочной железе, дряблая бурокоричневого цвета с пятнами темно-красного цвета. В сальниковой сумке вязкое содержимое коричневого цвета. На фоне склероза и атрофии паренхимы поджелудочной железы: расширенные протоки с разрастанием истинных сосочков с пролиферацией цилиндрического эпителия; очаг тяжелой дисплазии и атипии эпителия с формированием микрофиброзных структур, характерных для карциномы; озера слизи; также имеются кистозно измененные протоки, выстланные уплощенным эпителием. Участки лейкоцитарной инфильтрации железы, очаги некроза, в протоке железы нейтрофильные лейкоциты в большом количестве. Атрофия паренхимы железы, в склерозированной ткани железы единичные разрозненные гипертрофированные островки Лангерганса.

Судебно-медицинский диагноз: внутрипротоковая папиллярно-муцинозная опухоль головки поджелудочной железы с участком карциномы *in situ*; осложнение: острый панкреатит, очаговый панкреонекроз, некроз парапанкреатической жировой клетчатки. Панкреатогенный шок. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

Выводы:

1. На наш взгляд, в обоих наблюдениях определялась так называемая пассивная ятрогенная патология, которая выражается в лечебно-диагностической пассивности врачей. Обстоятельства наступления смерти, данные медицинской документации и результаты исследования позволяют говорить об этом. Данной работой мы хотели в очередной раз привлечь внимание как врачей-морфологов, так и врачей клинического профиля к социально значимым проблемам онкологической патологии и ятрогений.

2. Кроме всех трудностей, связанных с диагностикой и лечением онкопатологии, очень важны такие моменты, как направление пациента в кратчайшие сроки в специализированные лечебные учреждения, желательно федерального значения.

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВАЯ СТРУКТУРА САМОУБИЙСТВ В Г. КРАСНОЯРСКЕ ПО ДАННЫМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ЗА 2013–2018 ГГ.

Кулаганов Виталий Николаевич¹, Сапега Анна Сергеевна²,
Готовка Александра Витальевна³, Сергеев Антон Павлович⁴,
Топоев Алексей Сергеевич⁵, Бокиев Махмуджон Умеджонович⁶

*Научные руководители – д-р мед. наук, проф. Алябьев Федор Валерьевич⁷,
асс. Федин Игорь Викторович⁸*

*Кафедра судебной медицины ИПО (зав. – д-р мед. наук, проф. Ф.В. Алябьев)
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Красноярск, Россия
¹kulaganovvitaliy@gmail.com, ²sapegaas97@gmail.com, ³aravital@mail.ru,
⁴azedass@gmail.com, ⁵anatolalexeev@mail.ru, ⁶bokievmahmud97@gmail.com,
⁷alfedval@mail.ru, ⁸centr_prawo@mail.ru*

Проведен ретроспективный анализ заключений эксперта по г. Красноярску за 2013–2018 гг. Выявлены закономерности преобладания количества мужчин среди лиц, завершивших жизнь самоубийством, над количеством женщин в 3,5 раза. Установлено, что подавляющее большинство погибших находились в возрастных группах, характеризующихся максимальной трудоспособностью и социальной активностью.

Ключевые слова: самоубийство, смертность, суицид.

Проблема самоубийства имела место в течение всей истории цивилизации, но стала особенно актуальной в текущем столетии. Самоубийства в настоящее время занимают существенную часть в структуре общей смертности, особенно, что крайне важно, среди лиц трудоспособного возраста. Показатель самоубийства также характеризует состояние социального благополучия и общественного здоровья конкретного региона. Структура суицидов на региональном уровне ранее изучалась на примере Томской области [1–3]. Том-

ская область сопоставима по населению с г. Красноярском и является граничащим с Красноярским краем регионом, в связи с чем проведение аналогичных исследований на примере другого субъекта Российской Федерации представляет определенный интерес.

Цель исследования – анализ структуры завершенных самоубийств по полу и возрасту в г. Красноярске за период с 2013 по 2018 г.

Материалы и методы. Работа выполнена на практическом судебно-медицинском материале КГБУЗ «Красноярское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». Реализация поставленной цели осуществлялась следующими этапами:

1. Отбор интересующих случаев для формирования исследовательских групп путем сплошной выборки «Заклучения эксперта» и «Акты судебно-медицинского исследования трупов».

2. Сбор и систематизация статистических данных по различным признакам, ввод полученных данных и составление таблиц.

3. Анализ возрастной и половой структуры самоубийств в г. Красноярске за исследуемый период времени.

Результаты. Всего было зарегистрировано 950 случаев завершенных самоубийств, произошедших на территории г. Красноярска в период с 2013 по 2018 г. Среди них 731 завершённое самоубийство было совершено лицами мужского пола, 219 – лицами женского пола. Относительно распределения суицидентов по возрастам установлено, что в подавляющем большинстве случаев, а именно 867, все самоубийцы находились в возрастной группе от 21 до 60 лет, без статистически значимой разницы количества случаев внутри самой группы по пятилетним интервалам (21–25, 26–30, 31–35, 36–40, 41–45, 46–50, 51–55, 56–60).

Выводы. Установлено, что за 6 лет в Красноярске завершило жизнь самоубийством мужчин в 3,5 раза больше, чем женщин. Большинство суицидентов находились в самой трудоспособной возрастной группе (21–60 лет), без существенных различий по возрастным пятилетним интервалам внутри группы.

Список литературы

1. Алябьев Ф.В., Захарова Е.В., Зудова Е.Е. Вклад суицида в уровень насильственной смерти по городу Томску // Актуальные проблемы биологии, медицины и экологии. – 2004. – Т. 3, № 4. – С. 10.
2. Алябьев Ф.В., Кладов С.Ю. К вопросу о морфофункциональной характеристике надпочечников у самоубийц // Вестник Томского государственного университета. – 2003. – № 279. – С. 95–97.
3. Закономерности насильственной смерти и самоубийств в городе Томске за период с 1992 по 2002 год / Ф.В. Алябьев, С.Ю. Кладов, Ю.М. Падеров [и др.] // Вестник Томского государственного университета. – 2004. – № 283. – С. 91–93.

УДК 340.66

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г. СЕВАСТОПОЛЕ

Морозов Александр Игоревич¹

*Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Куцевол Борис Львович²
Кафедра судебной медицины (зав. – д-р мед. наук, проф. Т.А. Фоминых)
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский
федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия
¹trpтро28.03.1997@mail.ru, ²kucevol.bl@mail.ru*

Произведен анализ трупов с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции. Показано, что из всех исследованных трупов преобладала группа, где ВИЧ-инфекция выступала в качестве сопутствующего заболевания.

Ключевые слова: судебная медицина, диагностика, ВИЧ-статус, РНИФ, иммуноблот.

Важным аспектом деятельности судебной медицины является взаимодействие с органами здравоохранения, направленное на

улучшении медицинской помощи населению и борьбе за снижение заболеваемости и смертности. Распространение ВИЧ-инфекции с последующей смертью от СПИД оказывает негативное влияние на все секторы экономики, сказывается на демографических показателях, приводя к снижению численности населения. Подверженными высокому риску заболевания ВИЧ по-прежнему являются наркоманы [1–4]. В Бюро судмедэкспертизы г. Севастополя разработан алгоритм мониторинга, позволяющий получать информацию о ВИЧ-статусе трупов лиц, раннее состоявших на учете в Центре профилактики и борьбы со СПИД г. Севастополя.

Цель исследования – осуществить анализ судебно-медицинской диагностики ВИЧ-инфекции в г. Севастополе.

Материалы и методы. Осуществлен анализ поступления в патолого-анатомические отделения г. Севастополя трупов лиц с ВИЧ-инфекцией, подтвержденной информацией из Центра профилактики и борьбы со СПИД г. Севастополя. Подтверждающим методом для диагностики ВИЧ-инфекции является непрямая иммунофлюоресценция (РНИФ).

Результаты. За период с 1 января по 31 июля 2019 г. в патолого-анатомические отделения судебно-медицинской службы г. Севастополя поступили 50 трупов лиц с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции. При обследовании выявлено, что преобладала группа, где ВИЧ-инфекция выступала в качестве сопутствующего заболевания. По половозрастной группе преобладали мужчины в возрасте от 35 до 55 лет ($n=45$), женщины от 30 до 40 лет ($n=35$). Поводом для судебно-медицинской экспертизы была насильственная смерть или подозрение на нее. Подтверждающим методом для диагностики ВИЧ-инфекции является непрямая иммунофлюоресценция (РНИФ, иммуноблот). Только после лабораторных исследований можно поставить диагноз «ВИЧ-инфекция». Из медицинских учреждений г. Севастополя на судебно-медицинское исследование поступило 10 ВИЧ-инфицированных трупов. Информация о ВИЧ-инфицированных трупах была предоставлена в сопроводительных медицинских документах. Проанализированы причины смерти. В результате ис-

следования выяснено, что преобладали острые отравления наркотическими веществами ($n=25$), наркотическими веществами и алкоголем ($n=10$), острое отравление этиловым спиртом ($n=5$). Структура ВИЧ-инфекции по стадиям: стадия 1 ($n=1$), стадия 2 ($n=1$), стадия 3 ($n=2$), стадия 4 ($n=10$). Анализ случаев постановки диагноза ВИЧ-инфекции в патолого-анатомических отделениях судебно-медицинской службы г. Севастополя выявил определенные недостатки в оформлении диагноза и свидетельства о смерти.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволило выявить некоторые групповые признаки ВИЧ-инфекции для последующего совершенствования диагностики данного заболевания в судебно-медицинской практике.

Список литературы

1. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / пер. Е. Жуковой. – М.: Р. Валент, 2012. – С. 24.

2. Мазус А.А., Ольшанский А.Я. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции в России // Лабораторная диагностика. Журнал Российского отделения Глобальной вирусологической сети. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 38.

3. Попович Л.Д., Потапчик Е.Г., Пусачева Ю.В. Вич-инфекция и СПИД в России – оценка социально-экономических потерь общества, эффективность медикаментозной терапии, совершенствование институциональной базы борьбы с этой инфекцией. – М.: Изд-во Независимого института социальных инноваций, 2014. – С. 54.

4. Пашинян Г.А., Ромодановский П.О. Судебная медицина в схемах и рисунках: учеб. пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 36.

АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ЗА 2015–2018 ГГ.

Скиданов Павел Андреевич¹, Готовка Александра Витальевна²,
Коплатадзе Инга Гочиевна³, Краснова Алина Петровна⁴,
Топоев Алексей Сергеевич⁵, Бокиев Махмуджон Умеджонович⁶

Научный руководитель – асс. Федин Игорь Викторович⁷

Кафедра судебной медицины ИПО (зав. – д-р мед. наук, проф. Ф.В. Алябьев)

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Красноярск, Россия

¹landben@gmail.com, ²aravital@mail.ru, ³ingagochieвна@mail.ru,

⁴alya.krasnova.598@mail.ru, ⁵anatolalexeev@mail.ru, ⁶bokievmahmud97@gmail.com,

⁷centr_prawo@mail.ru

Проведен ретроспективный анализ патолого-анатомических заключений в случаях перинатальной смертности по Красноярскому краю. Выявлены определенные закономерности в зависимости от пола и возраста умершего ребенка, причины смерти, времени года и места проживания матери. Определены моменты, на которые рекомендовано врачам обратить особое внимание.

Ключевые слова: перинатальная смертность, ребенок.

Перинатальный период развития ребенка – один из этапов развития, когда ребенок наиболее уязвим к воздействию бесчисленного множества как внешних, так и внутренних факторов. Их воздействие оказывает влияние не только на здоровье, но и на саму жизнь ребенка, а также его матери в связи с тесной связью матери и ребенка. Безмерно важно исследовать каждый случай перинатальной смертности, каждый раз выявлять закономерности возникновения и факторы риска. Такой тщательный индивидуальный подход к изучению причин перинатальной смертности, определение наиболее уязвимых категорий может помочь в формировании мероприятий, способст-

вующих снижению вероятности летального исхода как для самого ребенка, так и его матери.

Цель исследования – установить возможные закономерности перинатальной смертности по Красноярскому краю.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ патолого-анатомических заключений за период с 2015 по 2018 г. по Красноярскому краю в индивидуальном порядке, а также в совокупности, составлены пропорции частоты встречаемости случаев перинатальной смерти в зависимости от пола ребенка, срока беременности при антенатальной и интранатальной гибели, возраста ребенка при постнатальной гибели, времени года, места проживания матери и причины смерти ребенка.

Результаты. В зависимости от срока беременности имеется тенденция к увеличению случаев выкидышей, в то время как количество мертворожденных и умерших в постнатальный период относительно невелико. Выявлено, что перинатальная смертность преобладает среди детей мужского пола. По времени жизни новорожденных в постнатальный период преобладает смертность после первых двух суток жизни. Среди всех случаев перинатальной смертности большинство зарегистрировано среди лиц (применительно к родильницам), проживающих непосредственно в г. Красноярске, что обусловлено более совершенными условиями диагностирования в городе условиях, а также большей плотностью населения, нежели в отдаленных районах края. По результатам заключений врачей-патологоанатомов наиболее часто встречаются диагнозы, относящиеся к группе врожденных пороков и аномалий развития, факты гипоксии плода, как внутриутробной, так и внеутробной, а также сепсис плода.

Выводы. Перинатальная смертность как демографический показатель, бесспорно, является параметром, обязательным для учета и корректировки, так как снижение частоты развития перинатальной смерти благоприятно скажется на множестве демографических показателей и на ситуации в стране в целом. К сожалению, систематизи-

ровать факторы, влияющие на развитие перинатальной смертности, довольно сложно ввиду их большого количества и разнообразия: это могут быть как экологические и климатические условия, так и непосредственно соматические заболевания ребенка и матери. Но, несмотря на это, некоторые рекомендации все же возможны, как, например, обращение врачами особого внимания на такие факторы, как профилактика гипоксии плода, ранняя и детальная диагностика врожденных пороков развития, а также профилактика сепсиса плода.

УДК 616.132–007.64

АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

Соколова Ирина Сергеевна¹

*Научные руководители – секретарь научно-организационного совета,
заведующий Восточным отделом Кузьмичев Денис Евгеньевич¹,
член научно-организационного совета, заведующий филиалом
«Отделение в г. Мегионе» Восточного отдела Вильцев Игорь Михайлович¹
КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Ханты-Мансийск, Мегион, Россия
¹sudmednauka@mail.ru*

Описаны практические случаи аневризмы аорты, ее смертельные осложнения, определение аневризмы аорты.

Ключевые слова: аневризма аорты, экспертная практика.

Аневризма аорты – патологическое выпячивание или локализованное диффузное расширение ее стенки вследствие нарушения нормального строения. Это определение не относится к расслаивающей аневризме аорты, представляющей собой образование добавочной полости в результате расслоения стенки сосуда, которая сообщается с просветом аорты. Аневризмы грудной части аорты встречаются в 0,9–1,15 % случаев всех исследований, в 3–7 раз чаще

у мужчин, чем у женщин. Летальность через 3 года после ее клинического обнаружения составляет 34,5 %, через 5 лет число летальных исходов, по данным различных авторов, колеблется в пределах 54–65 %. Аневризмы брюшного отдела аорты встречаются в 0,6–3,5 % случаев всех вскрытий, в 5–10 раз чаще у мужчин, чем у женщин, летальность в течение 1–2 лет после обнаружения заболевания превышает 50–60 %.*

Описание случая 1. Еще молодой мужчина, накануне смерти находился на амбулаторном лечении по поводу остеохондроза грудного отдела позвоночника. Внезапно, находясь в общественном месте, почувствовал себя резко плохо, появились интенсивные боли в области грудной клетки и до оказания медицинской помощи наступила смерть. Морфология: левое легкое спавшееся, поджато к корню за счет наличия в плевральной полости 2800 мл темной жидкой крови с эластичными темно-красными гладкими свертками. Левое легкое спавшееся, безвоздушное, на поверхности и на разрезах светло-розового «суховатого» вида. Левая поверхность нисходящей части дуги аорты имеет мешкообразное выпячивание стенки размером 5×10 см. На наиболее выпуклой части выпячивания имеется горизонтальный разрыв стенки с относительно ровными краями, длиной 4,5 см. Разрыв проникает в полость сосуда. С внутренней поверхности выпячивания определяется большое количество тромботических масс, цветом от желтовато-коричневого до темно-красного. Массы на разрезах имеют слоистую структуру. Стенка аорты неравномерно утолщена, на одном из участков, где значительное истончение, сквозной дефект стенки в виде поперечного разрыва эластических волокон. В месте дефекта со стороны интимы отмечаются наложения тромботических масс.

Диагноз: расслаивающая аневризма нисходящей части дуги аорты, которая привела к развитию левостороннего гемоторакса и обильной кровопотери, от чего и наступила смерть мужчины.

* Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В. Клиника, морфология атеросклероза аорты с разрывом // Здоровоохранение Югры: Опыт и инновации. – 2018. № 4 (17). – С. 66–68.

Описание случая 2. Второе наблюдение в чем-то похоже на предыдущее, отличается только тем, что среднего возраста мужчина не был на больничном листе. Но медицинские осмотры проходил исправно. Смерть наступила на фоне видимого здоровья. Секционные особенности: в забрюшинном пространстве левой половины туловища обнаружены рыхлые свертки крови объемом 2000 мл. В области бифуркации аорты на правую и левую подвздошные артерии обнаружено резкое увеличение аорты в объеме диаметром до 9 см. На левой боковой поверхности в данной области имеется разрыв стенки аорты длиной 6 см, длинником ориентированный горизонтально, с неровными зубчатыми краями и остроугольными концами. Стенка аорты в данной области истончена и расслоена. В данной области внутри аорты обнаружен плотный сверток с коричневатокрасной поверхностью, полностью выполняющий пространство аорты. Внутренняя оболочка стенки аорты расслоена, с отложениями масс фибрина, некротизированных тромботических масс. Средняя оболочка аорты разволокнена, расслоена, утолщена за счет избыточного разрастания соединительной ткани, фиброза.

И в данном случае диагноз не вызывал сомнений – расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты с ее разрывом, приведшим к обильной кровопотере и наступлению смерти.

Выводы. Оба наблюдения можно объединить по следующим принципам. Ни в первом, ни во втором случае, прижизненно не было диагностировано тяжелое заболевание – аневризма аорты, а диагнозы явились результатом морфологических находок. Ранняя диагностика аневризмы и, следовательно, правильный и своевременный выбор тактики лечения значительно повышают шансы пациентов на выживание.

КЛИНКОВОЕ РИТУАЛЬНОЕ ОРУЖИЕ. СПЕЦИФИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ

Шишкина Анастасия Викторовна¹

*Научный руководитель – д-р мед. наук., проф. Авдеев Александр Иванович²
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
(зав. – д-р мед. наук, проф. А.И. Авдеев)
ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Хабаровск, Россия
¹tajna1796@gmail.com, ²aiavdeev@mail.ru*

Проведен анализ особенностей повреждения тканей организма вследствие механического воздействия клинкового ритуального оружия, а также специфики этих повреждений.

Ключевые слова: повреждение, ритуал, клинковое оружие.

Ритуальные убийства ассоциируются с античностью и древними цивилизациями, где это было частью веры и обрядов. Но и в современном мире в криминальной практике встречаются такие случаи. Рассмотрим основное орудие при совершении данного преступления, а именно ритуальное оружие. Анализ нескольких видов клинков и материалов для их изготовления показывает, что к ритуальному оружию можно отнести клинковое оружие. Материал, из которого изготавливается оружие, – это драгоценные металлы (золото, серебро), а также используются кости животных и людей. Самые первые археологические находки относятся к цивилизациям древнего Египта, Греции, майя. В этих культурах было развито жертвоприношение, для которого создавались специальные инструменты. Определенного типа клинка и гарды не существовало, они варьировались по символам и предназначению. Среди таких находок можно отметить ритуальные клинки жрецов Древнего Египта, которые сделаны в форме серпа, с гардой в виде символа вечной жизни «Анх», и

костяные клинки майя, которыми они вырезали органы у жертв для обряда.

В современном мире ритуальные убийства встречаются не часто. Их используют различные сектантские и религиозные группировки. Повреждения, наносимые на тело, носят символический характер, начиная от символики, чаще всего это так называемые «сатанинские» символы, и заканчивая разнообразными увечьями. Чаще всего проведение таких обрядов – это безлюдное место, такие как заброшенные постройки, кладбища и подвалы, места, труднодоступные для людей, но в некоторых случаях это могут быть и обычные квартиры [1, 2].

Рассмотрим специфические повреждения от трех видов клинков из различного материала – кость, золото и серебро. Костяные клинки не отличаются особой остротой из-за проблем с заточкой лезвия клинка. Повреждение от такого клинка можно отнести к рваным ранам, они осаднены, пропитаны кровью, размозжены и часто отслоены от подлежащих тканей, края их неровные; дно неровное; в глубине раны, особенно в ее углах, особенно между краями повреждения, обнаруживаются тонкие нитевидные перемычки неразорвавшихся тканей. Внутри раны можно обнаружить осколки кости или костную крошку. При генетической экспертизе выявляют, что ткани не принадлежат данному организму. Это говорит о том, что попадание было извне. Клинки из золота и серебра более острые, поэтому их можно отнести к колото-резаным ранам. При ранении обоюдоострым оружием колото-резаная рана имеет острые углы и ровные края и бывает сходна с резаной. Отличительным признаком колото-резаной раны служит преобладание ее глубины над линейными размерами на коже. Проникая вглубь тканей, клинок оружия образует в них так называемый раневой канал, в котором можно обнаружить частички металла. При гистохимическом анализе выявляются данные металлы; они не могут находиться в чистом виде внутри организма.

Проанализировав несколько случаев из практики, можно выделить несколько особенностей таких повреждений, характера их нанесения. При проведении любого ритуала главной задачей является

сбор крови и некоторых органов, поэтому раны будут неглубокими и наносятся в те места, где находятся более крупные сосуды. Большинство травм наносятся при жизни и не являются смертельными. Чаще всего при таких обрядах основная рана наносится в область сердца. Но также могут быть извлечены и другие органы, такие как печень. В таком случае жертва погибает от массивного и длительного кровотечения, что в последующем отражается на появлении признаков смерти, в частности трупных пятен, они могут быть минимальными или же в принципе отсутствовать. Все порезы на теле имеют символический характер, и могут быть в виде символики или же представлены надписями. В некоторых случаях орудия могут оставаться в ранах, в таких случаях используется несколько клинков.

В заключение можно сделать следующие **выводы**: ритуальное оружие имеет специфические признаки и характер ран, что может способствовать установке мотивов убийства и дальнейшему сужению круга подозреваемых, так как чаще всего такие убийства имеют серийный характер.

Список литературы

1. Пиголкин И.Ю. Судебная медицина: учебник. – 3-е изд. – М., 2012. – С. 180–183.
2. Холопов А.В. Методика расследования ритуальных убийств: учеб. пособие. – М., 2010. – С. 14–30.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОТЕРПЕВШИХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ДРУГИХ ЛИЦ

УДК 340.611.3

CONDUCTING FORENSIC MEDICAL EXAMINATION AND DATA ASSESSMENT OF CRIMES AGAINST SEXUAL INTEGRITY

Saptarshi Pal¹,

Scientific advisor – Doctor of Med.Science, ass. prof. K.V. Shevchenko²

Department of Forensic Medicine (Head-ass. prof. A.V. Svetlakov)

«Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner», Perm, Russia

¹bpalsas@gmail.com, ²shevchenko.kv@yandex.ru

A forensic medical examination when committing depraved acts is carried out only in cases where there are any changes on the body of the victims, according to which it is possible to establish the fact of such actions. An examination may also be carried out in respect of material evidence. At the same time, the jurisdiction of a forensic medical expert includes the detection of traces and changes on the body of victims, as well as the mechanisms of their formation. The fact of depraved actions is established by the court and the investigating authorities.

Key words: rape, sexual assault, female.

Firstly, far from all victims go to the police: according to statistics compiled by employees of the Sisters Sexual Assistance Center for Sexual Abuse, only 10–12 % of victims do it. This happens for various reasons: someone is ashamed and blames himself for what happened, while someone is afraid of condemning society. Secondly, according to the center, law enforcement agencies only accept a statement from every fifth

applicant. And finally, thirdly, only in one case out of three can a criminal case be brought*.

Materials & Method. In the investigation of rape, sexual assault and other crimes in the sexual sphere, the examination of persons suspected of committing crimes is of great importance. Conducting research and examinations in cases of crimes against sexual integrity is a whole analytical complex. This research group includes the following types of examinations:

- Forensic obstetric and gynecological examinations for crimes against sexual integrity.

- Special forensic research with the participation of specialists of the necessary qualifications.

- Psychological examination, which establishes infliction of moral harm to the victim (s).

Statistical analysis. In 2019, rape rate for Russian Federation was 2,7 cases per 100 000 population. Rape rate of Russian Federation fell gradually from 6.2 cases per 100 000 population in 2006 to 2,7 cases per 100 000 population in 2019.

More than 32 500 cases of rape were registered with the police in 2019, about 90 a day, according to the most recent government data. Indian courts disposed of only about 18 300 cases related to rape that year, leaving more than 127 800 cases pending at the end of 2019. Instances of brutal rape and violence against the women who report it have given India the dismal reputation of being one of the worst places in the world to be female. The most brutal case in India happened in November 2019, the gang rape, murder and burning of a 26-year-old veterinary doctor in Hyderabad. The rape and murder elicited outrage in several parts of the country.

Results. There are four articles in the Criminal Code of the Russian Federation: 131 “Rape”, 132 “Sexual violence”, 133 “Compulsion to sexual acts” and 134 “Sexual intercourse and other sexual acts with a per-

* Alderden M.A., Ullman S.E. Creating a more complete and current picture: Examining police and prosecutor decision-making when processing sexual assault cases // Violence Against Women. – 2012. – Vol. 18. – P. 525–551.

son under the age of sixteen”. Nevertheless, responsibility for exhibitionism, harassment and other forms of sexual violence is not regulated at all.

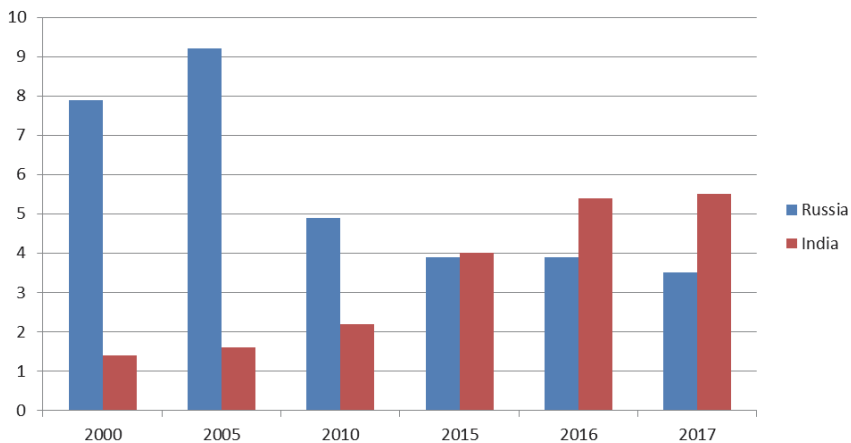


Fig. Statistical analysis of Sexual assaulted crimes data between Russia and India

Conclusions. Sexual violence poses an obstacle to peace and security. It impedes women from participating in peace and democratic processes and in post-conflict reconstruction and reconciliations. Children accustomed to acts of rape can grow into adults who accept such acts as the norm. This vicious cycle must stop, as we cannot accept a selective zero-tolerance policy.

ОЦЕНКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА ПРИ СЕКСУАЛЬНОМ НАСИЛИИ

Пугачева Алина Петровна¹

*Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Теньков Александр Афанасьевич
Кафедра судебной медицины (зав. – д-р мед. наук, проф. А.А. Теньков)
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Курск, Россия*

¹pugacheva.alina@yandex.ru

В научной и судебно-медицинской литературе неоднократно поднимается вопрос о повреждениях, обнаруживаемых у жертв сексуального насилия. В частности, рассматривается вопрос и о повреждениях, расположенных вне половых органов, то есть экстрагени- тально.

Ключевые слова: экстрагени- тальные повреждения, специфиче- ские признаки, сексуальное насилие.

В ряде научных работ освещается точка зрения, согласно кото- рой на теле жертвы имеются так называемые характерные или спе- цифические признаки именно для изнасилования.

Актуальность темы обусловлена отсутствием единого эксперт- ного подхода к оценке экстрагени- тальных повреждений у потер- певших в случаях сексуального насилия.

Цель исследования – выявить специфические признаки для лиц женского пола, пострадавших от сексуального насилия.

Материалы и методы. Проанализирован архивный материал 150 судебно-медицинских экспертиз, в которых в постановлении (направлении) имелись данные о событиях сексуальной направлен- ности (указание на изнасилование, насильственные действия сексу- ального характера), квалифицированных по статье 131 УК РФ («Из- насилование»).

В настоящей работе не рассматривались эпизоды с повреждениями, возникающими у жертвы при падении с ударами о предметы окружающей обстановки.

Использован сравнительный анализ качественных и количественных признаков в плане повреждений мягких тканей, их локализации, морфологических свойств.

Результаты. Объекты исследования, исходя из числа нападавших, были разделены на две группы. В первой группе речь шла об одном нападавшем (95 наблюдений – 63,3 %), во второй группе число нападавших составляло 2 человека и более (55 эпизодов – 36,7 %).

Во всех наблюдениях повреждения причинялись натуральными орудиями: руками, ногами или их сочетанием (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Характеристика травмирующих объектов

Вид насилия	Травмирующий объект					
	руки		ноги		руки+ноги	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Изнасилование	112	74,6	4	2,7	34	22,7

Согласно данным табл. 1, повреждения наиболее часто наносились руками, что отмечалось в 112 наблюдениях (74,6 %).

Информация, касающаяся повреждений, возникающих у жертвы при насильственных действиях сексуального характера, является весьма ограниченной. Большинство авторов, изучавших данный вопрос, пишут об образовании повреждений на внутренней поверхности бедер, а именно в их средней и нижней трети, возникающих при насильственном раздвигании последних руками насильника. Эти повреждения предлагают считать специфическими для насильственного полового сношения. Другие авторы указывают на то, что характерные повреждения при подобных действиях располагаются на лице и волосистой части головы [2, 3].

При анализе материалов среди повреждений первое место занимали кровоподтеки – 91,3 % от общего числа наблюдений (137 эпизодов), на втором месте – ссадины – 49,3 % (74 случая). Причинение ран было редким явлением и составляло в группе наблюдений 6 % (9) от общего числа наблюдений.

В процессе проведенных исследований обращалось внимание и на наличие у пострадавших так называемых общепризнанных признаков насильственного полового акта с локализацией их на внутренней поверхности бедер. Из общего числа эпизодов, связанных с изнасилованием, повреждения располагались на внутренней поверхности бедер лишь в 20 %. В подавляющем количестве случаев повреждения на внутренней поверхности бедер отсутствовали.

Кроме этого, в ряде работ отмечается, что в случаях изнасилования жертвы группой у пострадавших образуется меньше повреждений, чем в случаях, когда насильник был один. По мнению авторов, этот феномен связан с большими возможностями подавления сопротивления жертвы группой лиц [1].

В наших исследованиях эта версия не нашла подтверждения. Проведенные исследования показали иную зависимость: увеличение количества нападавших закономерно характеризуется возрастанием количества повреждений (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

**Соотношение наличия повреждений
с количеством нападавших**

Количество нападающих (<i>n</i> – число наблюдений)	Наличие повреждений, %		
	отсутствуют	одно повреждение	Два повреждения и более
Один (<i>n</i> =95)	12	48	40
Два и более (<i>n</i> =55)	4	53	43

Выводы:

1. При насильственных действиях сексуального характера чаще всего повреждения жертвам причинялись руками пострадавших – 74,6 % случаев.

2. Наиболее частыми повреждениями являлись кровоподтеки (91,3 %; 137 эпизодов).

3. Так называемые специфические признаки – повреждения на внутренней поверхности бедер, которые, по установившемуся мнению, являются характерными для жертвы в случаях изнасилований, в наших наблюдениях представляли большую редкость – 20 % от общего количества наблюдений.

4. Выявлена зависимость: увеличение количества нападающих закономерно характеризуется возрастом количества повреждений.

Список литературы

1. Загрядская А.П. Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях: лекции для студентов. – Горький: [б. и.], 1975. – 67 с.

2. Кузнецов П. А. Судебно-медицинская экспертиза потерпевших по делам об изнасиловании: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.24. – Вологоград, 1980. – 178 с.

3. Медико-правовые аспекты сексуального насилия: учеб. пособие / Ю. В. Кухарьков, Г. Ф. Пучков, Т. Л. Доморацкая, И. С. Тепляшина. – Минск: БГМУ, 2001. – 34 с.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 611.813.1]-055.1–073.756.8:004

ПАРАМЕТРЫ ТОЛЩИНЫ КОРЫ В РАЗНЫХ УЧАСТКАХ ПРЕДЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИНЫ У МУЖЧИН ПЕРВОГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА, УСТАНОВЛЕННЫЕ ПРИ ПОМОЩИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Баландин Владимир Александрович¹

*Научные руководители – д-р мед. наук, проф. Железнов Лев Михайлович²
канд. мед. наук Бородулин Дмитрий Валерьевич³*

*ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
(ректор – д-р мед. наук, проф. Л. М. Железнов), г. Киров, Россия,
ГКУЗОТ «ПКБСМЭ» (начальник – канд. мед. наук А.М. Онянов), г. Пермь, Россия
¹balandinnauka@mail.ru, ²lmz-a@mail.ru, ³borodulin.dv@mail.ru*

При выполнении рентгено-компьютерно-томографического исследования проведено измерение толщины коры в разных участках предцентральной извилины большого мозга у мужчин первого периода зрелого возраста, мезокранов. Установлено, что максимальный показатель толщины коры предцентральной извилины находится в левом полушарии большого мозга на уровне средней лобной извилины. Самый тонкий участок коры предцентральной извилины выявлен в правом полушарии большого мозга над поясной извилиной.

Ключевые слова: предцентральная извилина, толщина коры, компьютерная томография

На сегодняшний день учеными разработано немалое количество устройств и приборов для определения размеров анатомических

структур головного мозга при жизни и при аутопсии [1]. Рентгенокомпьютерно-томографическое исследование представляет собой совокупность рентгеновских снимков, выполненных с разных углов с помощью компьютерной обработки. Этот факт позволяет изучить картину, выполненную с различных ракурсов [2, 3]. Компьютерно-томографическое сканирование позволяет получить более детальную информацию об анатомических нюансах исследуемой области по сравнению с рутинным рентгеновским исследованием, дает возможность анализировать строение органов, отличающихся сложной структурно-функциональной организацией, в том числе и головного мозга в норме и при патологических состояниях. Различные литературные источники повествуют, что толщина коры большого мозга в разных его зонах неодинакова, и она варьируется от 0,5 до 5,0 мм. Наибольшая ее толщина отмечается в предцентральной и постцентральной извилинах, а также парацентральной дольке. Следует заметить, что сведения, представленные в отечественной и зарубежной литературе, даны без учета половых, возрастных особенностей организма, а также краниотипа индивидуума. При этом не стоит забывать, что в клинической практике знания о морфометрических характеристиках коры большого мозга в различных его зонах в конкретные периоды постнатального онтогенеза человека необходимо использовать в прогнозировании рисков возникновения патологических состояний и проводить профилактические мероприятия с целью их предотвращения.

Цель исследования – установить показатели толщины коры в разных участках предцентральной извилины большого мозга у мужчин первого периода зрелого возраста (по форме черепа – мезокраны).

Материалы и методы. Данная работа основана на анализе результатов рентгено-компьютерно-томографического исследования большого мозга 55 мужчин, которым было проведено обследование в отделении лучевой диагностики Государственного автономного

учреждения здравоохранения Пермского края «Городская клиническая больница №4». У обследуемых в анамнезе отсутствовали заболевания и травмы органов центральной и периферической нервной системы, отмечено преобладание правой руки (правши). Все они дали согласие на рентгенологическое исследование, которое проводилось исключительно по показаниям. По форме черепа мужчины идентифицировались как мезокраны. Поперечно-продольный (черепной) индекс обследуемых составил $76,6 \pm 1,22$ %.

Рентгенологическое исследование выполняли на 16-срезовом компьютерном томографе Philips Brilliance. Возраст обследуемых варьировался от 22 до 35 лет. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием системы программного обеспечения анализа базы данных Statistica v.6.0. Параметры толщины коры большого мозга выражали в мм. В каждом участке проводили восемь измерений, после чего вычисляли средние арифметические величины (M) и их стандартные ошибки (m) для каждого случая.

Результаты. В ходе исследования установлено, что толщина коры в правом полушарии большого мозга предцентральной извилины в месте, расположенном над верхней височной извилиной, достигает $4,45 \pm 0,54$ мм, на уровне средней лобной извилины – $4,67 \pm 0,57$ мм, в участке, находящемся над поясной извилиной, – $4,43 \pm 0,52$ мм.

В левом полушарии большого мозга толщина коры предцентральной извилины, установленная над верхней височной извилиной, равна $4,44 \pm 0,52$ мм, на уровне средней лобной извилины – $4,69 \pm 0,57$ мм, над поясной извилиной – $4,44 \pm 0,51$ мм.

Коэффициент асимметрии стремится к нулю.

Выводы. Наибольший показатель толщины коры предцентральной извилины установлен в левом полушарии большого мозга на уровне средней лобной извилины. Самый тонкий участок коры предцентральной извилины выявлен в правом полушарии большого мозга над поясной извилиной. Данная информация имеет сущест-

венное теоретическое и практическое значение, конкретизируя сведения о структуре большого мозга, в частности его предцентральной извилины, при использовании лучевого метода диагностики. Результаты такого морфологического исследования в клинике могут послужить фундаментом для выявления определенных закономерностей возрастной анатомии полушарий большого мозга. Полученные данные имеют практическое значение в качестве эквивалента возрастной анатомической нормы, что позволит использовать их в перспективных фундаментальных исследованиях и клинической деятельности. Установленные данные можно использовать в диагностической работе рентгенологов, врачей отделений компьютерной и магнитно-резонансной томографии, судмедэкспертов, морфологов.

Список литературы

1. Баландин А.А., Баландина И.А. Устройство для определения размеров анатомических структур головного мозга и расстояний между ними при аутопсии: патент на полезную модель / заявитель и патентообладатель ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России. – № 2012112078/14; заявл. 28.03.2012; опубл. 10.11.2012. – Бюл. № 31. – 2 с.

2. Баландина И.А., Шевченко К.В., Золотовская Е.А. Перфузионная компьютерная томография в диагностике легкой черепно-мозговой травмы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 10. – С. 73–75.

3. Задняя корковая атрофия: многолетнее наблюдение / А.В. Белопасова, А.С. Кадыков, Л.А. Добрынина, И.А. Кротенкова // Нервные болезни. – 2018. – № 4. – С. 62–68.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОГНЕСТРЕЛЬНОСТИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ УСТАНОВИТЬ ФАКТ ДАННОГО ВИДА ТРАВМЫ

Гюльмамедова Нармин Дурсун кызы¹

Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Макаров Игорь Юрьевич²

ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, Москва, Россия

(директор – д-р мед. наук А.В. Ковалев)

Раскрываются возможности объективного решения вопроса об огнестрельном характере травмы и ее дифференциальной диагностике от иных повреждений, например, причиненных выстрелами из пневматического оружия.

Ключевые слова: огнестрельная травма, судебно-медицинская баллистика, экспертиза огнестрельных повреждений.

В соответствии с действующим Федеральным законом «Об оружии» спортивные и охотничьи пневматические винтовки по требованиям ГОСТ Р 51612–2000 должны иметь значение дульной энергии не более 25 Дж [1, 3]. Однако на практике эта цифра превышает требования ГОСТ в десятки раз. Так, дульная энергия некоторых из них достигает 300–350 Дж, что приближается к значениям ряда образцов огнестрельного оружия. Поэтому во всех случаях огнестрельной травмы эксперт обязан определить принадлежность повреждения к огнестрельному и установить его объективные признаки. Повреждения, возникающие при выстреле из огнестрельного оружия, носят разнообразный характер и зависят от того, какими факторами они причиняются.

Целью исследования является дифференциальная диагностика повреждений одежды и ранений тела, сформированных выстрелами из огнестрельного оружия, от повреждений из иного (пневматического) оружия [2, 4].

Результаты изучения и анализа специальной литературы по огнестрельной травме, а также архивных судебно-медицинских экспертных данных (материалы судебно-медицинских экспертиз огнестрельной травмы) позволили нам выявить 222 макро- и микроморфологических признака, характерных для такого вида травмы: 33 признака повреждений одежды (27 признаков входных и 6 – выходных повреждений одежды); 175 признаков ранений тела (24 признака входных и 13 – выходных ран, 62 признака ранений области головы, 7 – позвоночника, 35 – груди, 10 – живота, 4 – верхних и нижних конечностей, 20 общих признаков повреждений тканей и органов по ходу 20 раневых каналов различной локализации); 14 микроморфологических признаков входных и выходных ран, а также соединяющих их раневых каналов.

Из всех вышеуказанных признаков повреждений нами установлены 11 объективных морфологических признаков огнестрельности: X_1 – опаление ворса тканей в области повреждения одежды; X_2 – обесцвечивание тканей в области повреждения одежды; X_3 – отложение копоти выстрела вблизи краев повреждения одежды; X_4 – отложение частиц полусгоревшего пороха вблизи краев повреждения одежды; X_5 – ожог кожи и/или опаление волос в области входной раны; X_6 – отложение копоти выстрела в начальной части раневого канала и/или вблизи краев входной раны; X_7 – отложение частиц полусгоревшего пороха в начальной части раневого канала и/или вблизи краев входной раны; X_8 – ярко-красный цвет тканей в начальной части раневого канала; X_9 – наличие копоти под надкостницей; X_{10} – наличие копоти под надхрящницей; X_{11} – частицы полусгоревшего пороха, выявленные методом люминесцентной микроскопии.

Проведенным последующим изучением морфологических признаков повреждений, причиненных выстрелами из пневматического оружия, установлено отсутствие в них ранее выявленной группы объективных признаков (11), свидетельствующих об огнестрельном характере травмы.

Выводы. Таким образом, только обнаружение на пораженном объекте продуктов выстрела из огнестрельного оружия (частиц пороха, копоти и др.) или следов их воздействия (объективных морфологических признаков огнестрельности) позволяет диагностировать и дифференцировать факт причинения повреждений из огнестрельного, а не иного (пневматического) оружия.

Список литературы

1. ГОСТ Р 51612–2000 с Изменением № 1 от 31.07.2001. Оружие пневматическое. Общие технические требования и методы испытаний. – М.: Изд-во стандартов, 2002. – 11 с.

2. Макаров И.Ю., Райзберг С.А. Возможности судебно-медицинской оценки ранений, причиненных выстрелами из 9-миллиметровой пневматической винтовки с системой предварительной накачки воздуха (PRE-charge pneumatics) // Судебно-медицинская экспертиза. – 2012. – Т. 55, № 5. – С. 20–23.

3. Об оружии: Федеральный закон от 13.12.1996 № 150-ФЗ. – М.: Изд-во «Омега-Л», 2016. – 34 с.

4. Райзберг С.А., Макаров И.Ю., Лоренц А.С. Судебно-медицинская характеристика факторов выстрела и повреждений, причиненных из пневматической винтовки калибра 9 мм // Судебно-медицинская экспертиза. – 2014. – Т. 57, № 3. – С. 4–8.

ТРУДНОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПРИ ЭНДОГЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ КЕТОНОВЫХ ТЕЛ (АЦЕТОНА)

Лемтюгова Эмилия Константиновна¹,
Гончаренко Диана Вениаминовна²

*Научные руководители – д-р мед. наук, доц. Дмитриева Ольга Анатольевна²,
канд. мед. наук, доц. Шерстюк Борис Васильевич¹*

*Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
(и. о. зав. – канд. мед. наук, доц. Коцюрбий Евгений Анатольевич)
ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Владивосток, Россия¹,*

*ГБУЗ «Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Владивосток, Россия² (начальник – А.В. Голубева)*

¹emiliya77aa77@mail.ru, ²diffex@mail.ru

Проведен анализ комплексных судебно-медицинских экспертиз, назначенных в связи с расследованием случаев летальных исходов заболеваний детей раннего возраста, протекавших с тяжелым эндотоксикозом и образованием ацетона в крови (5 случаев за 2018–2019 гг.)

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, кетоновые тела, ацетон.

Ацетон (простейший представитель насыщенных кетонов) широко используется в быту. Кроме того, это вещество представляет собой продукт неполного окисления жиров и белков, постоянно присутствующий в организме (эндогенный ацетон) [1]. При различных патологических состояниях (например, сахарный диабет, голодание, интоксикация и др.) концентрация кетоновых тел (ацетона) в крови повышается, что может стать причиной эндогенного отравления [2]. Нередко такое состояние возникает после перенесенной вирусной инфекции, при этом появляются характерные клинические симптомы: запах ацетона, тошнота, рвота, боли в области кишечника [3]. Утверждение о том, что обнаружение ацетона в крови однозначно свидетельствует об экзогенном отравлении, является необоснованным.

Описание случая. Девочка Р., 1,5 г., доставлена в стационар с диагнозом: судорожный синдром. Со слов мамы, у ребенка неожиданно появилась рвота, слабость, а затем развились тонико-клонические судороги с потерей сознания. При первичном осмотре общее состояние ребенка расценено как тяжелое за счет неврологической симптоматики и интоксикации. Отмечены: вялость, гиподинамия, повышенная судорожная готовность. После осмотра узкими специалистами выставлен диагноз: острое отравление неуточненным веществом, тяжелое. Судорожный синдром. В дальнейшем состояние больной тяжелое, нестабильное (глубокая кома, арефлексия, атония). Девочка осмотрена инфекционистом и токсикологом, признаки экзогенного отравления не выявлены. Данные лабораторных исследований: сахар крови при поступлении – 7,06 ммоль/л, в дальнейшем – от 18,9 до 22,4 ммоль/л; мочевины – до 21,25 ммоль/л, креатинин – 119 ммоль/л. На пятые сутки после поступления на фоне нарастания грубой неврологической симптоматики у больной произошла остановка сердечной деятельности, зафиксирована клиническая, а затем и биологическая смерть. В «посмертном эпикризе» указано, что «... по клиническим и лабораторным данным был выставлен посмертный диагноз: острое отравление неуточненное, тяжелое. Тяжелая токсическая энцефалопатия. Судорожный синдром. Отек мозга. Кома. Полиорганная недостаточность. Из допроса мамы Р. известно, что за несколько дней до появления судорог девочка перенесла кишечную инфекцию, находилась в инфекционном отделении с подозрением на ротавирусную инфекцию, выписана в удовлетворительном состоянии. Судебно-медицинский эксперт, проводивший экспертизу трупа ребенка Р., сделал вывод о том, что основной причиной смерти явилось острое отравление ацетоном, осложненное полиорганной недостаточностью (в обосновании диагноза эксперт указал, что в химическом анализе трупа обнаружен ацетон: в крови – 44 мг %, в моче – 51 мг %). В дальнейшем проведена комплексная судебно-медицинская экспертиза с повторным судебно-гистологическим исследованием, которая не подтвердила выводы первичной экспертизы и пришла к заключению, что смерть ребенка наступила от генерализованной инфекции с преимущественным пораже-

нием тонкой кишки (некротический энтерит), поджелудочной железы (гнойно-некротический панкреатит) и дыхательной системы (десквамативно-некротический трахеит, острый бронхит, межлужочная пневмония). В данном случае генерализованная инфекция привела к поражению поджелудочной железы и тонкой кишки, в дальнейшем, на фоне присоединения бактериальной флоры, обезвоживания, интоксикации, развилась вторичная гипергликемия и появление в крови эндогенного («внутреннего») ацетона вследствие нарушения углеводного обмена. Прогрессирование процесса привело к септическому состоянию и полиорганной недостаточности, от чего и наступил летальный исход. Исключая экзогенное отравление ацетоном, эксперты высказались о вирусно-бактериальном характере заболевания.

Выводы. Нами проанализированы 5 примеров смертей детей раннего возраста (по данным ГБУЗ «Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы»), умерших от патологических процессов, сопровождавшихся клиникой гастроэнтерита, выраженного панкреатита, осложненных развитием отека головного мозга, судорожного синдрома, полиорганной недостаточности. Во всех случаях отмечалось повышение уровня сахара и появление ацетона в крови умерших. Были установлены разные клинические диагнозы: острый гастроэнтерит неясной этиологии, клещевой энцефалит, острый панкреатит, острое отравление ацетоном.

Мы считаем, что во всех подобных случаях необходимо проведение дополнительных обследований, в том числе вирусологическое исследование, для установления этиологии и правильная интерпретация наличия кетоновых тел (ацетона) в крови и моче заболевших.

Список литературы

1. Крамаренко В. Ф. Токсикологическая химия. – Киев, 1989. – С. 80–82.
2. Международная ассоциация судебных токсикологов. – 1996.- Т. 26, № 1.
3. Судебно-медицинская экспертиза при отравлениях: учеб. пособие / А.А. Халиков, Ю.А. Большаков [и др.]. – Уфа: Изд-во ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2018.

ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Назмиева Алина Радиковна¹

*Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Халиков Айрат Анварович
Кафедра судебной медицины (зав. – д-р мед. наук, проф. А.А. Халиков)
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Уфа, Россия
¹nazmieva.a@yandex.ru*

В настоящее время в судебно-медицинской идентификации находят применение новые образцы научного оборудования, предназначенного для микроскопических исследований. В связи с этим актуальным является прогнозирование дальнейшего применения в данной научной отрасли новой техники и оптических микроскопов сравнения, на применение которых ориентированы криминалистические методики.

Ключевые слова: гистология, судебно-медицинская экспертиза, микроскоп.

Судебно-медицинская экспертиза требует разработок новых диагностических методик верификации прижизненности травм, поскольку скрининговых методов для решения данного вопроса еще не существует. В настоящее время подтвердить получение данных травм в жизни помогает судебно-гистологический метод исследования, однако для его использования нужно как минимум несколько суток, что совершенно недопустимо при проведении срочных следственных действий [2, с. 59].

Цель данной работы – применение гистологического метода исследования в судебной медицине и перспективы его развития в наше время.

Судебная медицина помогает органам правосудия расследовать преступления против здоровья и жизни человека. К главным проблемам, которые разрабатывает судебная медицина, принадлежат изучения причин и условий, которые приводят к смерти, исследования вещественных доказательств и др.

Возникновение и становление судебной медицины связано с зарождением и оформлением государственности. Уже в законоположениях и письменных памятниках Древнего Рима, Древней Греции, Индии, Китая встречаются указания на применение антропологических и медицинских знаний при решении вопросов гражданского и уголовного права.

Наиболее ранним из научных трудов, дошедших до нашего времени, принято считать компендиум «Си Юань-лу», написанный Сунь-Ци в 1247 г., где были обобщены знания и представления китайцев в области судебной медицины и права [1, с. 36].

Первым уголовным кодексом средневековой Европы, где вопросы судебно-медицинской экспертизы получили законодательное оформление, стал Бамбергский кодекс, составленный Шварценбергом в 1507 г. Позже он был положен в основу Уголовного кодекса Карла V, известного под названием «Каролина» (1532). В нем были точно определены случаи судопроизводства, при которых есть потребность в участии врача: осмотр трупа, дела об убийстве детей, при телесных повреждениях, отравлениях, ошибках врачей. Дальнейшее развитие судебной медицины тесно связано с развитием правовых отношений, а также успехами естествознания – физики, химии, биологии и медицины, прежде всего гистологии и патологической анатомии. В 1575 г. были опубликованы работы А. Паре «О повреждении», «О девственности», «О различных видах насильственной смерти», «Руководство к составлению судебно-медицинских заключений», а в конце XVI в. – работа Кондронхы «Правила составления актов и заключений». В 1602 г. Ф. Фиделис попытался последовательно изложить основные положения судебной медицины в книге «О донесении врачей» [3, с. 93].

В 1621–1661 гг. появился многотомный труд римского врача Захнуса. Впервые систематизировал и выделил судебную медицину как самостоятельный раздел медицинской науки Дж. Бонн в изданном им в Лейпциге (1690) произведении «Судебная медицина». Это название окончательно закрепилось как в науке в целом, так и в специальности в частности.

В послевоенный период вышли в свет «Сборник официальных и справочных материалов по судебно-медицинской экспертизе» и монография А.М. Гамбурга «Судебно-медицинская экспертиза саморанений» (1946), пособие М.А. Бронниковой «Судебно-медицинский осмотр вещественных доказательств» (1947). Позже были опубликованы многочисленные пособия по осмотру трупа на месте его обнаружения, судебно-медицинского освидетельствования трупа, гистологического исследования объектов судебно-медицинской экспертизы, судебно-медицинской гинекологии и акушерства, экспертизы живых лиц, по обследованию одежды, вещественных доказательств и др.

Гистологический метод исследования в судебной медицине используют для изучения клеток различных тканей и органов в следах на вещественных доказательствах, а также в объектах, полученных при экспертизе живого лица или трупа. Гистологические исследования отдельных объектов в судебной медицине применяют давно. Например, морфологический способ обнаружения спермы известен с XIX в.; микроскопическому исследованию подвергали клеточные компоненты и другие выделений человека (секрет молочных желез, кал в следах и др.).

Однако наибольшее развитие метод получил в связи с открытием X-хроматина в 1949 г. (Varr) и Y-хроматина в 1970 г. (Pearson et al.), что послужило теоретической предпосылкой возможности установления половой принадлежности объектов судебно-медицинской экспертизы. В следующие за открытиями годы выполнены работы, которые показали, что структура клеток и их ядер в следах на вещественных доказательствах может сохраняться. Такие клетки пригодны для гистологического исследования с целью установления половой принадлежности следов и решения других практически важных

вопросов. Из многочисленных и часто разрозненных сведений в специальной литературе отобраны и обобщены только те, которые имеют непосредственное отношение к исследованию судебно-медицинских объектов гистологическим методом. Знание основ этих вопросов необходимо судебному медику для понимания общих закономерностей жизненного цикла клетки, морфофункциональной неоднородности (дифференциации) клеток, наличия клеток специализированных структур, прежде всего полуспецифических.

Для решения этих вопросов разработаны надежные методики, включающие рациональные способы получения клеток из любых предметов-носителей, технику приготовления и исследования гистологических препаратов, принципы их анализа, качественные и количественные диагностические признаки (критерии оценки).

Гистологическое исследование в судебной медицине не исчерпывается содержанием рассмотренных выше вопросов. В литературе имеются данные об использовании метода при определении сроков бывшей беременности (родов, аборта) по клеточному составу секрета молочных желез, давности наступления смерти по клеткам в отпечатках роговицы.

Микроскопическое (гистологическое) исследование в судебной медицинской экспертизе выполняется как дополнительный метод при судебно-медицинской экспертизе трупа или как самостоятельная экспертиза вещественного доказательства, которым является биологическая ткань.

Судебно-медицинская экспертиза трупа без гистологического, в том числе гистохимического, исследования тканей и органов от него является неполноценной, потому что делает невозможным диагностику ряда патологических процессов, которые позволяют установить вид, давность, характер, прижизненность повреждений, давность наступления смерти по проявлению трупных изменений и тому подобное. Иногда гистологическое исследование бывает единственным доказательством в решении вопроса о причине и механизме развития смерти не только вследствие заболеваний (острая ишемия миокарда, кровоизлияние в ствол головного мозга, туберкулезный

лептоменингит и т. д.), но и в результате повреждения (рефлекторная смерть, диффузное аксональное повреждение головного мозга, жировая эмболия и т. д.). Данные гистологического исследования позволяют выяснить танатогенез и роль в нем сопутствующих (фоновых) процессов и заболеваний. В частности, гистологическое исследование позволяет определить давность причинения повреждения тканей головного мозга. В случае смерти на месте происшествия во время гистологического исследования обнаруживают свежие эритроциты, сжатые сосуды без признаков изменения их стенок. Аналогичные изменения есть и в мягкой мозговой оболочке.

Через 30–40 минут после травмы в ткани мозга образуются «кровяные озера», когда мозговая ткань пропитывается кровью и некротизируется. От 12 часов до конца первых суток происходит некроз мозговой ткани, эритроциты в зоне кровоизлияния гемолизуются, образуется бурый пигмент, появляются нити фибрина, лейкоциты и макрофаги. На 8–10-е сутки преобладают процессы резорбции и появляются признаки организации, а глиальные рубцы появляются примерно через 2 месяца.

В современном мире появляется очень много методов гистологических исследований именно в судебной медицине, что становится весьма перспективным именно сейчас. Первый официальный документ, в котором судебно-гистологическое исследование представлено как неотъемлемая часть экспертизы трупа – это Приказ Минздрава России от 12.05.2010 г. № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации». В нем были установлены и обозначены не только условия и поводы для проведения судебно-гистологических экспертиз, но также определены правила работы с гистологическим материалом, особенности изъятия объектов при различных экспертных ситуациях.

Данным нормативно-правовым актом установлено, что изъятие объектов для судебно-гистологического исследования в обязательном порядке производится от трупов и их частей в случаях: убийств;

производственных травм; отравлений; электротравмы; гибели в результате воздействия низкой температуры внешней среды; при скоростной смерти детей и взрослых; смерти от инфекционных заболеваний; онкологических и гематологических болезней; ятрогенной; наступления смерти в медицинских организациях.

Указанный документ устанавливает, что ответственным за изъятие органов и тканей из трупа для выполнения судебно-гистологического исследования является эксперт, производящий экспертизу трупа и/или его частей. Важным моментом является указание на размерные характеристики изымаемых частей органов и тканей (толщина не более 1,0 см, иные размеры до 1,5×2,0 см).

Изъятые кусочки органов и тканей необходимо фиксировать в 10–15 % растворе нейтрального формалина, который готовят по предложенной в данном документе методике. В то же время отдельные виды исследований (например, на гликоген) требуют фиксации тканей не в формалине, а в 96,0%-ном этиловом спирте.

Важно отметить, что и на этапе работы с уже фиксированными кусочками органов, то есть при подготовке их к собственно гистологическому исследованию, ответственным исполнителем также остается эксперт, проводивший секционное исследование трупа. Этот организационный элемент в случае его несоблюдения может существенно повлиять на качество гистологического исследования.

Еще одним положительным моментом следует считать перечень органов и тканей, которые необходимо изымать при определенных видах смерти: при механической асфиксии – странгуляционную борозду; при смерти от местного действия высокой температуры – кусочки кожи из области ожога, трахею, главный бронх, легкие, почки; при смерти от действия низкой температуры – желудок, двенадцатиперстную кишку, поджелудочную железу, сердце, легкие; при черепно-мозговой травме – кусочки головного мозга с мягкими мозговыми оболочками из контузионного очага и пограничной зоны, а также из ствола мозга, твердую мозговую оболочку (по показаниям); при субарахноидальных (особенно базальных) кровоизлияниях – артерии основания головного мозга раз-

личного калибра из мест, где наиболее часто локализируются патологические изменения и врожденные пороки развития; при отравлениях прижигающими ядами – язык, пищевод, желудок, тонкий кишечник, верхние дыхательные пути, почки, печень; при отравлении фосфорорганическими соединениями – легкие, сердце, почки, печень, надпочечник; при определенных показаниях – кожу с подкожной жировой клетчаткой и мышцами из мест введения лекарственных и наркотических веществ; при подозрении на внебольничный аборт – матку, яичники, трубы, стенку влагалища, параметральную клетчатку; при подозрении на смерть от острой коронарной недостаточности – венечную артерию в месте наибольших изменений, мышцу сердца по краю ишемизированных и полнокровных участков через всю толщу стенки; при внезапной смерти лиц молодого возраста в условиях чрезмерной физической нагрузки, психической травмы или иных стрессовых воздействий, а также когда причина смерти не ясна – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, органы иммуногенеза, мазки-отпечатки слизистых оболочек дыхательных путей; при подозрении на СПИД – головной и спинной мозг, печень, почки, желудок, кишечник, органы иммуногенеза (костный мозг, вилочковую железу, лимфатические узлы различной локализации, селезенку), а при показаниях – сетчатку глаза, кожу, слизистую оболочку рта и др.

Особое внимание должно уделяться случаям исследования скоропостижной смерти детей грудного и раннего возраста. В этих ситуациях наряду с другими органами и тканями направляют на исследование: часть гортани с голосовыми связками и региональными лимфатическими узлами; три кусочка трахеи – начальную часть (вместе с участками щитовидной железы для ориентации об уровне трахеи), среднюю (с паратрахеальными лимфатическими узлами) и область бифуркации (с начальными отделами обоих главных бронхов); внелегочные бронхи и кусочки из области корня легких с перибронхиальными лимфатическими узлами; ткань легких из участков с максимально и умеренно выраженными изменениями; стенку глотки, миндалины с дужками, слюнные железы; мазки-отпечатки

слизистой оболочки гортани, трахеи, бронхов, поверхности разрезов легких; центральные и периферические органы иммуногенеза (вилочковую железу, лимфатические узлы, селезенку, лимфоидную ткань желудочно-кишечного тракта); сердце с клапанным аппаратом; печень; кору головного мозга с мягкими мозговыми оболочками, субэпендимарные отделы головного мозга; тонкий и толстый отделы кишечника; надпочечники.

При исследовании трупов новорожденных добавляются такие объекты судебно-гистологического исследования, как вилочковая железа, пупочное кольцо с сосудами, родовая опухоль, плацента. Такое подробное описание действий эксперта-танатолога должно способствовать повышению значимости судебно-гистологического исследования при экспертизе трупа.

Выводы. Проведенный анализ показал, что судебно-гистологическое исследование в последние десятилетия по праву стало неотъемлемой частью практически любого судебно-медицинского исследования трупа или его частей. Задача судебно-гистологического метода исследования состоит в том, чтобы способствовать улучшению качества судебно-медицинских экспертиз, в том числе и расширению круга решаемых вопросов, направленных на помощь следственным органам.

На сегодняшний день актуальным является вопрос уточнения методов, позволяющих решать вопрос о давности возникновения повреждений. При ответе на этот вопрос особенно важна разработка общего подхода к принципам обоснования давности процессов, общего понимания особенностей реактивных изменений в различных органах и в различных тканях, имеющих разную топографию, в частности в печени и межреберных мышцах.

Для дальнейшего совершенствования данного метода исследования целесообразно наметить следующие научные направления: разработка специфических методов установления давности механических повреждений паренхиматозных органов по динамике их изменения (заживления); определение объемов и видов гистологических исследований в случаях массового поступления неопознанных

погибших; совершенствование гистологической диагностики в случаях смерти от социально значимых инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекции, гепатита С и др.).

Список литературы

1. Клинико-морфологическое трактование разрыва полостного образования селезенки как редкого осложнения брюшного тифа / В.В. Колкутин, Г.Е. Труфанов, А.Н. Коваленко, А.В. Ковалев // Военно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 328, № 11. – С. 20–24.

2. Колкутин В.В., Фетисов В.А., Волков А.В. Опыт работы государственных судебно-экспертных учреждений Минобороны РФ в условиях локальных вооруженных конфликтов и при чрезвычайных ситуациях // Судебно-медицинская экспертиза. – 2008. – Т. 51, № 2. – С. 29–30.

3. Судебно-медицинский анализ случая массовой заболеваемости военнослужащих ОРЗ / В.В. Колкутин, В.В. Самчук, Ю.И. Соседка, Л.В. Беляев, И.Ю. Дмитрук // Военно-медицинский журнал. – 2005. – Т. 326, № 3. – С. 13–16.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛ

УДК 340.624.6:617.51+616.831]-001–073.756.8:681.31

УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ПУТЬ К ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ И ТАКТИЧЕСКИМ ОШИБКАМ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Воеводина Светлана Геннадьевна¹

*Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Баринов Евгений Христофорович²,
проф. кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО МГМСУ
им. А. И. Евдокимова*

*Кафедра судебной медицины (зав. – д-р мед. наук, проф. А.В. Ковалев)
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Минздрава РФ, Москва, Россия
¹dragonsindra@rambler.ru; ²ev.barinov@mail.ru*

Актуальность проблемы обусловлена тем, что работа на догоспитальном этапе, особенно на скорой помощи, предполагает сложности в диагностике различных нозологических форм. Связано это с тем, что у пациентов, вызывающих скорую медицинскую помощь, как правило, представлен огромный спектр различных заболеваний и их осложнений, а также травм. Поэтому целью данной работы было обращение внимания на проблему универсальности фельдшеров скорой медицинской помощи как причину постановки неправильного диагноза на догоспитальном этапе и, как следствие, появление в их работе лечебно-диагностических и тактических дефектов.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, пациент, дефект оказания медицинской помощи.

Многие из нас знают, что правильно собранный анамнез – это 90 % диагноза. Именно этому обучают студентов в медицинских колледжах, развивая в них клиническое нозологическое мышление, которое, к сожалению, неприемлемо в условиях работы на скорой помощи. Поэтому, попадая в условия скорой помощи, фельдшерам приходится быстро переучиваться, осваивая синдромный подход к заболеваниям, выделяя ведущий синдром или осложнение. Попробуем же разобраться в основных причинах постановки ошибочного диагноза на этапе оказания скорой медицинской помощи (далее – СМП).

Во-первых, у пациентов, вызывающих СМП, как правило, представлен огромный спектр различных заболеваний и их осложнений, а также травм. Сотрудники СМП часто сталкиваются с атипичным началом или течением болезней, сочетанием нескольких конкурирующих заболеваний, а также редкими (для данного региона) заболеваниями [2].

Во-вторых, работа на догоспитальном этапе, особенно на скорой помощи, предполагает сложности диагностики различных нозологических форм, так как фельдшер скорой медицинской помощи имеет очень ограниченный спектр исследований, которые он может провести пациенту (измерение АД, термометрия, глюкометрия, ЭКГ, пульсоксиметрия). Следовательно, основным методом при установлении диагноза являются тщательный сбор жалоб, анамнеза и осмотр пациента.

Именно в этом и кроются основные подводные камни – так как многие пациенты искажают информацию о своей болезни: например, часто СМП вызывается из-за дефицита общения, для различных консультаций (включая выбор тонометра, нежелания идти или стоять в очереди в поликлинике для проведения различных исследований, оформления больничного листа, чтения лекций подросткам), решения определенных социальных проблем. Многие пациенты не считают нужным сообщить о своих хронических заболеваниях и объеме назначенной терапии, несмотря на прицельно заданные им

вопросы при сборе анамнеза. Часто имеется возрастной или языковой барьер при сборе жалоб и анамнеза. Трудности возникают также при общении с пациентами в алкогольном или наркотическом опьянении, с психическими расстройствами. Часто активно мешают родственники пациента.

В-третьих, ошибочная постановка диагноза связана с поведением сотрудников СМП в различных неблагоприятных ситуациях: внезапно возникшие жизнеугрожающие состояния, появившиеся во время осмотра пациента или при его медицинской эвакуации в стационар; при различных авариях и катастрофах с большим количеством пострадавших (особенно при сортировке); криминальные и социально опасные ситуации на вызове; «остановки в пути»; повторные вызовы к одному и тому же пациенту [2].

В-четвертых, после первого года работы, а иногда и раньше, у многих фельдшеров вырабатывается «шаблонный» подход к диагностике и лечению основных заболеваний. При этом у пациента выявляется «удобный» или «знакомый» для описания симптом/синдром – и диагноз «подгоняется» под шаблон.

Также нельзя забывать об элементарной усталости и эмоциональном выгорании, ведь общество не хочет рассматривать медицинского работника как обычного человека. По мнению большинства, любой медицинский работник пришел работать по призванию, а не за деньги; должен быть доступен в любое время по желанию пациента; не иметь личной жизни, не есть, не пить, не спать... Продолжать это перечисление можно бесконечно долго. Главное в этом то, что в глазах общества – медицинский работник не человек, а робот без потребностей, который даже в личное свободное время должен вести себя так, как угодно обществу

В заключение хотелось бы отметить, что основными чертами, отличающими экстренную помощь от других видов медицинской помощи, являются:

– безотлагательный характер ее предоставления в случаях оказания экстренной медицинской помощи и отсроченный – при неотложных состояниях (неотложная медицинская помощь);

- безотказный характер ее предоставления;
- бесплатный порядок оказания СМП;
- диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени, что вынуждает начать оказание помощи пациенту без надежно верифицированного диагноза [1];
 - решающее значение фактора времени;
 - скоротечность большинства неотложных состояний и высокий риск развития осложнений;
 - сокрытие пациентами или их родственниками, истинных обстоятельств, послуживших поводом для вызова СМП;
 - возможность кардинального изменения диагноза в первые часы после поступления пациента в стационар.

Поэтому путь к минимизации постановок ошибочного диагноза заключается не только в постоянном саморазвитии и самообучении медицинского персонала, посещении научных практических конференций, сообществ, лекций, школ и других мероприятий по специальности, систематическом анализе, разборе и экспертной оценке выявленных дефектов, но и профилактике эмоционального выгорания, постоянном улучшении условий труда, а также совершенствовании имеющихся нормативно-правовых актов так, чтобы существовала не только социальная и правовая защищенность пациентов от неквалифицированных врачей, но и социальная и юридическая защищенность врачей от необоснованных жалоб пациентов.

Список литературы

1. О направлении Методических рекомендаций Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития: письмо Минздрава России № 14–0/10/2–2564, ФФОМС № 7155/30 от 26.09.2012. – М., 2012.

2. Фиалко В.А. Тактическая медицина. 50-летний опыт изучения и практического решения проблем ургентной медицины догоспитального этапа (избранные статьи, очерки, лекции, таблицы, классификации, методические материалы: 1957–2007 гг.). – 2-е изд., испр. и доп. – Екатеринбург: Изд-во ИРА УТК, 2011. – 318 с.

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ершова Татьяна Александровна¹

Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Баринов Евгений Христоворovich²

Кафедра судебной медицины (зав. – д-р мед. наук, проф. П.О. Ромодановский)

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва, Россия

¹tigrenok8620@mail.ru, ²ev.barinov@mail.ru

Произведен анализ дефектов оказания медицинской помощи в терапевтической практике на примере разбора клинического случая. По данным анализа выявлен ряд факторов, влияющих на увеличение количества дефектов оказания медицинской помощи, а также приводящих к большому недоверию населения к врачам, к более серьезным и негативным последствиям в виде ухудшения течения заболевания, развития осложнений, а иногда даже к летальному исходу.

Ключевые слова: дела врачей, дефекты оказания медицинской помощи, комиссия экспертная, судебно-медицинская экспертиза.

За последние годы отмечается устойчивая тенденция роста количества исков по делам врачей при гражданском судопроизводстве, о чем свидетельствует статистика отдела комиссионных и сложных экспертиз Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Москвы и Российского центра судебно-медицинских экспертиз. В первую очередь это связано с увеличением юридической компетенции граждан, внедрением высокотехнологичных методов диагностики и лечения, а также ростом количества платных медицинских услуг. Однако различного рода негативные факторы сказываются непосредственно на пациенте (здоровье, а порой и жизни). Представляем случай из практики как показательный пример с анализом.

* Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза: учеб. пособие / под ред. П.О. Ромодановского, А.В. Ковалева, Е.Х. Баринова. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 144 с.

Описание случая. В январе 2010 г. в отделение терапии стационара города Москвы поступила пациентка С., 54 г., с диагнозом, выставленным бригадой скорой медицинской помощи: долевая пневмония правого легкого. При поступлении в стационар пациентка осмотрена врачом приемного отделения и направлена на рентгенологическое обследование, по результатам которого установлен диагноз: очаговая С4–С5 нижнедолевая правосторонняя пневмония средней степени тяжести. В дальнейшем пациентка направлена в терапевтическое отделение, осмотрена врачом-интерном, который подтвердил диагноз, но данные физикального осмотра разнились с данными осмотра доктора приемного отделения: «Перкуторный звук над всей поверхностью нижней доли правого легкого притуплен, голосовое дрожание усилено, феномен бронхофонии положительный». Из вышеописанного следует, что пневмония распространена на всю долю, что не соответствует диагнозу очаговой пневмонии. Также 07.01.2010 не было назначено каких-либо дополнительных и лабораторных методов исследования, кроме общего анализа крови в приемном покое. Что не позволяет оценить динамику некоторых показателей и эффективность назначенного лечения.

Затем врач-интерн отделения назначает антибактериальную терапию: Sol.Ampicillini 1,0×4 раза в сутки в/м + Sol.Novokaini 5,0 (из назначений в истории болезни). При сборе аллергоанамнеза пациентка С. указала на наличие аллергической реакции на новокаин в виде отеке Квинке. Что также было вынесено на обложку истории болезни. Ответственный за курацию молодого специалиста врач дежурил в нескольких отделениях и не подвергал детальному изучению записи осмотра интерна.

Выводы. Проанализировав данный случай, можно сделать выводы о несоответствии поставленного диагноза и данных физикального осмотра, невнимательного изучения аллергического анамнеза, что могло бы повлечь за собой крайне негативные последствия.

Изучив ряд стационарных историй болезни, можно сделать выводы о факторах, которые привели к данным ошибкам:

1. «Синдром выходного дня» – это поступление пациентов в клинику в выходные и праздничные дни, когда работают только дежурные врачи со значительным увеличением нагрузки.

2. Невнимательность при изучении медицинской документации и недостаточный уровень знаний.

3. Недостаточный контроль врачей-кураторов за деятельностью молодых специалистов.

4. Шаблонность мышления и отсутствие индивидуального подхода к пациенту, конвейерность лечебного процесса.

5. Недостаточная диагностика ввиду отсутствия назначений дополнительных методов обследования, как лабораторных, так и инструментальных.

Все эти факторы не только приводят к большому недоверию населения к врачам, но и к более серьезным и негативным последствиям в виде ухудшения течения заболевания, развития осложнений, а иногда даже к летальному исходу.

УДК 340.692:[347.56:614.256]+616.71–001.5–021.3

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ В ПЕРИОД СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ: СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПО ДЕЛУ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Калинин Руслан Эдуардович ¹

Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Баринов Евгений Христович²

Кафедра судебной медицины и медицинского права

(зав. – д-р мед. наук, проф. П.О. Ромодановский) ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Минздрава РФ, Москва, Россия

¹sale48@mail.ru, ²ev.barinov@mail.ru

Рассмотрен случай патологического перелома большеберцовой кости в стационаре. Преждевременная выписка послужила причиной судебного иска. Неблагоприятный исход был связан не только с диагностической ошибкой, но и с невыполнением врачебных рекомен-

даций. Случай наглядно иллюстрирует трудности диагностики и особенности экспертной оценки при оказании медицинской помощи пациентам с редкой патологией, а также учет комплаенса как фактора, влияющего на исход и оценку причинно-следственных связей.

Ключевые слова: экспертиза ятрогении, комплаенс, причинная связь.

В последнее время тема «врачебных дел» поднимается преимущественно в аспекте уголовной ответственности [3]. Но и в гражданском процессе проблема споров о качестве медицинских услуг остается актуальной. Число таких споров продолжает расти [1], а сложность дел увеличивается, благодаря развитию медицинских технологий. Наряду с типичными случаями медицинских ошибок встречаются и дела, связанные с диагностикой и лечением редких патологий. В таких делах проведение судебно-медицинской экспертизы представляет особую сложность. Ключевую роль играет оценка причинно-следственной связи дефектов оказания медицинской помощи с неблагоприятным исходом [2].

Описание случая. Женщина, 50 лет, поступила в отделение ревматологии с клиникой артрита голеностопного сустава. Заподозрен ревматоидный артрит, проводилась терапия преднизолоном и метотрексатом. Срок пребывания в стационаре составил ровно месяц. В день выписки проведена контрольная рентгенография голеностопного сустава, при которой захвачена нижняя треть большеберцовой кости и обнаружена линия перелома. Врач-рентгенолог дал заключение: перелом большеберцовой кости по типу маршевого. Выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), картина расценена как периостальная реакция, старые посттравматические изменения и вариант нормы, диагноз свежего перелома снят, пациентка выписана в тот же день, листок нетрудоспособности закрыт с направлением к труду.

Через 3 недели повторно проведена МСКТ и обнаружен патологический перелом нижней трети большеберцовой кости с допустимой (до 5°) варусной деформацией. Выполнена иммобилизация, да-

ны рекомендации. В дальнейшем отмечено нарушение рекомендаций: ходьба с полной опорой на больную ногу. При контрольной рентгенографии: консолидированные переломы берцовых костей и варусная деформация большеберцовой кости до 10°. Пациентка подала судебный иск о компенсации морального вреда.

Судебно-медицинской экспертизой установлено, что перелом обнаружен несвоевременно. На его наличие прямо указал в своем заключении рентгенолог. Другие интерпретации рентгенологической картины признаны ошибочными. Заключение МСКТ было некорректным: «вариант нормы». При этом описана периостальная реакция, расцененная как признак последствий травмы – это патология, а не норма. В норме периостальная реакция отсутствует. При наличии противоречивых результатов рентгеновского обследования, по данным одного из которых было дано заключение о наличии перелома, больную не следовало выписывать домой, тем более возвращать к трудовой деятельности. При неустранимых сомнениях в диагнозе нужно было исходить из худшего из возможных вариантов (перелом), оставить больную в стационаре и назначить контрольную рентгенографию в динамике в течение 1–2 дней.

Однако неблагоприятный исход травмы не явился прямым следствием дефектов оказания медицинской помощи. Варусная деформация кости развилась из-за нарушения пациенткой врачебных рекомендаций – она ходила с полной опорой на поврежденную ногу. Прямая причинно-следственная связь между несвоевременным выявлением перелома и его неправильным сращением не установлена. Следствием дефекта был только тот факт, что в течение 3 недель после выписки больная не получала медицинской помощи по поводу перелома.

Суд учел вывод экспертизы об отсутствии прямой причинной связи ненадлежащего оказания медицинских услуг с исходом травмы. Исковые требования удовлетворены частично, суд взыскал с ответчика 70 тыс. руб., тогда как истец требовал 500 тыс. руб.

Выводы. Современные медицинские технологии не могут заменить клиническое и логическое мышление врача. В данном случае

проведение МСКТ только помешало правильному диагнозу. Врачи не ответили на главный вопрос: если это не перелом, то что это? Ведь «не перелом» – это еще не диагноз. Несмотря на бурное развитие визуализирующих методов диагностики, основы протопедвтики внутренних болезней не утратили своего значения. Диагноз должен основываться на жалобах, анамнезе, объективном и дополнительном обследовании, причем последнее должно именно дополнять другие методы, а не подменять их.

Судебно-медицинская оценка причинных связей в рамках экспертизы по «врачебному делу» должна учитывать комплаенс – поведение пациента, степень следования назначенному режиму, исполнение предписаний врача. Нужно четко отграничивать последствия неправильного лечения и последствия естественного течения патологического процесса, не прерванного назначенным лечением из-за несоблюдения пациентом врачебных рекомендаций.

Список литературы

1. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Судебно-медицинская экспертиза и гражданский процесс // Эндодонтия Today. – 2012. – № 3. – С. 63–66.
2. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Тихомиров А.В. Гражданские дела в связи с причинением вреда здоровью при оказании медицинских услуг и потребности правосудия // Психология. Экономика. Право. – 2014. – № 3. – С. 92–99.
3. Симонян Р.З. О юридических аспектах врачебных дел // Евразийское научное объединение. – 2019. – Т. 3, №1 (47). – С. 160–162.

**АНАЛИЗ ЭКСПЕРТИЗ ПО ПОВОДУ ОШИБОК И ПРАВОНАРУШЕНИЙ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПЕРИОД 2017–2019 ГГ.,
ВЫПОЛНЕННЫХ В ОТДЕЛЕ СЛОЖНЫХ ЭКСПЕРТИЗ
ГБУЗ НО «НОБСМЭ»**

Мартынова Мария Ивановна¹, Эделев Антон Сергеевич²

*Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Воробьев Владимир Геннадьевич³
Кафедра клинической судебной медицины (зав. – д-р мед. наук, проф. Н.С. Эделев)
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава РФ, Нижний Новгород, Россия
¹martunova199619@mail.ru, ²sudmedex-nn@mail.ru, ³sudmed@pimunn.ru*

Проведен общий анализ экспертных исследований, выполненных в период 2017–2019 гг. в отделе сложных экспертиз ГБУЗ НО «Нижегородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы».

Ключевые слова: «врачебные» экспертизы, ошибки.

В последние годы правоохранительными органами и общественностью уделяется большое внимание по отношению к правонарушениям со стороны медицинских работников. Дела о некачественном оказании медицинской помощи, как правило, приобретают широкий общественный резонанс.

Данная проблема на современном этапе требует изучения, поэтому было проведено исследование по материалам дел о профессиональных ошибках и правонарушениях медицинских работников, выполненное в отделе сложных экспертиз ГБУЗ НО «Нижегородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» с анализом соотношения данного вида исследований к общему числу экспертиз [1–3].

Первоначально весь объем экспертиз за 2017–2019 гг., был разбит по цели исследования. При этом общее количество экспертных

исследований в 2017 г. составило 269, в 2018 г. – 308, и за 11 месяцев 2019 г. – 174 (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Общая характеристика проведенных «неврачебных» экспертиз

Цель экспертизы	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Установление причины смерти	11	15	11
Установление давности смерти	1	5	0
Установление механизма травмы погибших	56	16	11
Оценка тяжести вреда здоровью	27	76	55
Определение трудоспособности	27	4	1
Определение состояния здоровья	11	34	7
Оценка половых состояний	0	5	0
Прочие	136	153	89
Итого	269	308	174

Из данных табл. 1 следует, что количество экспертиз по установлению причины и давности смерти остается практически стабильным. Имеется тенденция к уменьшению количества экспертиз по установлению механизма травмы. За последние два года количество экспертиз по оценке тяжести вреда здоровью у живых лиц по сравнению с 2017 г. возросло практически в два раза.

Общее количество «врачебных» экспертиз, поступивших в отдел сложных экспертиз за 2017, 2018, 11 месяцев 2019 г. – 256. При этом количество их по годам оставалось фактически неизменным: 2017 г. – 88, 2018 г. – 88, 2019 г. – 80.

В табл. 2 представлено распределение экспертиз, проведенных по делам правонарушений медицинских работников в Нижегородской области и г. Нижнем Новгороде.

Далее приведен анализ по профильным специальностям, внутри этой группы отдельно оценены возраст пациентов, в отношении которых были произведены экспертизы. В рамках всех проведенных экспертиз за 2017–2019 гг. для сравнения выделены три возрастные группы: 1-я – дети (до 18 лет), 2-я – лица трудоспособного возраста (жен-

щины от 18 до 55 лет, мужчины – от 18 до 60 лет), 3-я – лица пенсионного возраста (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет).

Т а б л и ц а 2

**Количество экспертиз по г. Нижнему Новгороду
и Нижегородской области**

Территория	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Нижегородская область	51	47	47
г. Нижний Новгород	37	41	33

При анализе экспертиз, выполненных за 2017 г., наибольшее их количество проведено по специальностям терапевтического профиля, затем следуют специальности хирургического профиля, а также акушерство и гинекология, педиатрия, травматология и стоматология (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

«Врачебные» экспертизы в 2017 г.

Вид специальности	Общая характеристика		Всего исследований, абс.
	Группа	Кол-во чел, абс.	
Специальности терапевтического профиля	1	6	26
	2	10	
	3	5*, 5**	
Специальности хирургического профиля	1	5	22
	2	11	
	3	3*, 3**	
Акушерство и гинекология	2	22	22
Педиатрия	1	11	11
Травматология	1	1	4
	2	2	
	3	1	
Стоматология	1	1	3
	2	1	
	3	1	

Примечание: * – мужчины, ** – женщины.

Анализ экспертиз за 2018 г. также показал большее количество экспертиз по специальностям терапевтического профиля, где 1/3 составляют экспертизы в отношении детей. Затем по специальностям хирургического профиля (7 из 19 – пенсионного возраста), акушерству и гинекологии, педиатрии, травматологии (4 из 8 экспертиз в отношении граждан пенсионного возраста), стоматологии, психиатрии (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

«Врачебные» экспертизы в 2018 г.

Вид специальности	Общая характеристика		Всего исследований, абс.
	Группа	Кол-во чел, абс.	
Специальности терапевтического профиля	1	11	32
	2	11	
	3	5*, 5**	
Специальности хирургического профиля	1	-	19
	2	12	
	3	5*, 2**	
Акушерство и гинекология	2	14	14
Педиатрия	1	11	11
Травматология	2	4	8
	3	4**	
Стоматология	3	3	3
Психиатрия	1	1	1

Примечание: * – мужчины, ** – женщины.

При анализе экспертиз, выполненных за 11 месяцев 2019 г., оказалось, что, как и ранее, большее количество экспертиз проведено по специальностям терапевтического профиля (22), затем по специальностям хирургического профиля (19), акушерству и гинекологии, педиатрии, травматологии и стоматологии (табл. 5).

Как представлено в таблицах, количество экспертиз, выполненных по акушерству и гинекологии за 2019 г., снизилось практически в два раза по сравнению с 2017 г., а число экспертиз по педиатрии возросло практически в два раза по сравнению с 2017 г.

Таблица 5

«Врачебные» экспертизы в 2019 г. (за 11 месяцев)

Вид специальности	Общая характеристика		Всего исследований, абс.
	Группа	Кол-во чел, абс.	
Специальности терапевтического профиля	1	6	22
	2	11	
	3	5	
Специальности хирургического профиля	1	1	20
	2	11	
	3	3*,4**	
Акушерство и гинекология	2	13	13
Педиатрия	1	19	19
Травматология	2	4	4
Стоматология	2	2	2

Примечание: * – мужчины, ** – женщины.

Количество экспертиз по травматологии и специальностям хирургического профиля за 2017–2019 гг. находится примерно на одном уровне, по специальностям терапевтического профиля – имеет общую тенденцию к снижению (табл. 6).

Таблица 6

**Анализ выявления дефектов оказания медицинской помощи
и установления прямой причинной связи
с ухудшением состояния здоровья**

Параметр	2017 г.	2018 г.	2019 г. (за 11 месяцев)
Дефектов не выявлено	53	30	42
Дефекты выявлены, прямой причинной связи не установлено	19	49	22
Дефекты выявлены, установлена прямая причинная связь с ухудшением здоровья и/или смертью	6	6	4

Как следует из проанализированного материала, тенденции к общему снижению количества экспертиз по «врачебным» делам не наблюдается, соотношение числа наблюдений по отдельным специальностям остается примерно на одном уровне.

Список литературы

1. Значение анализа жалоб населения в оценке качества медицинской помощи / Ю.А. Филиппов, Н.С. Эделев, И.П. Краев, О.П. Абаева // Медицинский альманах. – 2007. – № 1. – С. 18–20.

2. Проблема экспертной оценки неблагоприятного исхода медицинской помощи: мониторинг, развитие и современное состояние / С.В. Ерофеев, Н.С. Эделев, Н.В. Малахов, А.С. Семенов // Судебная медицина. – 2017. – № 3. – С. 3–5.

3. Соблюдение прав пациента как критерий правовой грамотности медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений / Ю.Н. Филиппов, Н.С. Эделев, И.П. Краев, О.П. Абаева // Медицинское право. – 2008. – № 2. – С. 39–42.

УДК 343.140.02

СПОСОБЫ НЕДОПУСКА СПЕЦИАЛИСТА ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОЦЕССЕ УГОЛОВНОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА

Готовка Александра Витальевна¹, Паксюткина Анна Владимировна²,
Возняк Анастасия Владимировна³, Топоев Алексей Сергеевич⁴,
Бокиев Махмуджон Умеджонович⁵

*Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Алябьев Федор Валерьевич⁴
Кафедра судебной медицины ИПО (зав. – д-р мед. наук, проф. Ф.В. Алябьев)
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Красноярск, Россия
¹aravital@mail.ru, ²anya_11_97@mail.ru, ³anastasiavoznak774@gmail.com,
⁴anatolalexeev@mail.ru, ⁵bokievmahmud97@gmail.com, ⁶alfedval@mail.ru*

Проведено исследование архивного материала случаев оказания услуг специалиста в области судебной медицины по данным негосударственных экспертных учреждений, имеющих лицензию на деятельность по судебно-медицинской экспертизе. Проанализированы случаи воспрепятствования использованию всех возможностей участия специалиста в уголовном судопроизводстве в судах первой инстанции. Установлены основные семь способов, реализуемых стороной государственного обвинения и судьями.

Ключевые слова: специалист, уголовное судопроизводство, судебно-медицинская экспертиза, заключение специалиста.

Несмотря на демократизирующие изменения действующего законодательства, регламентирующего уголовное судопроизводство, позволяющего стороне защиты удобноприемлемо использовать воз-

возможность привлечения специалиста в области судебной медицины для защиты клиента, препятствия для свободной деятельности специалиста встречаются до сих пор. Сторона государственного обвинения бывает в этом весьма изощренной.

Цель исследования – установить используемые на практике варианты действий государственных обвинителей и судов для воспрепятствования деятельности специалиста в процессе уголовного судопроизводства в судах первой инстанции.

Материалы и методы. Проанализированы архивные материалы ООО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Томск, а также экспертно-правового центра КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ за 2018 и 2019 г.

Результаты. Как показали результаты исследования, препятствия в реализации возможностей специалиста встретились в 15 случаях из 94 по данным ООО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Томск, и в 3 случаях из 127 по данным экспертно-правового центра КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ. Выявлены следующие способы:

1. Отказ в допросе специалиста при наличии в материалах дела заключения специалиста.

2. Отказ в приобщении заключения специалиста при отсутствии специалиста в здании суда для личного участия в процессе (мотивация – вначале надо, чтобы суд предупредил специалиста об ответственности по статье 307 УК РФ).

3. Запрет специалисту отвечать на вопросы стороны защиты в случаях, когда по интуитивному мнению оппонентов ответ может помешать постановлению обвинительного приговора или потребует проведения дополнительных следственных действий, например, повторной экспертизы.

4. Заявление стороной государственного обвинения отвода специалисту, выполняющему работу на платной основе по договору.

5. Признание недопустимым доказательством заключения специалиста в связи с несоответствием его требованиям, предъявляемым к оформлению такого рода документов (по состоянию на 2020 г.

жесткие формальные требования к оформлению заключения специалиста действующим законодательством не установлены).

6. Попытка признать заключение специалиста и показания специалиста недопустимыми доказательствами в суде, так как инициатива привлечения специалиста была только у стороны защиты, а оппонирующая сторона отказывается задавать какие-либо вопросы для того, чтобы деятельность специалиста не соответствовала фразеологии статьи 58 УПК РФ, согласно которой вопросы специалисту ставятся сторонами (слово написано во множественном числе), а так как одна из сторон отказывается от постановки вопросов, то неединоличный характер использования функций специалиста не соблюден.

7. Запрет стороне защиты задавать специалисту вопросы в присутствии присяжных заседателей, формулировки которых не были предварительно согласованы при допросе специалиста без участия присяжных заседателей.

Несмотря на вышеперечисленные способы воспрепятствования деятельности специалиста и некоторые ограничения в выражении эмоциональности в присутствии присяжных заседателей, в большинстве случаев суды давали возможность специалисту публично донести свое мнение в неискаженной форме.

Выводы. Таким образом, установлены семь основных используемых в данное время вариантов действий стороны государственного обвинения, направленных на ограничение свободной деятельности специалиста. Несмотря на это, ситуация явно изменилась в лучшую сторону по сравнению с тем, что было 4–5 лет назад, когда могли отказать как в приобщении заключения специалиста, так и в допросе специалиста, находящегося в здании суда.

ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ СРЕДСТВАМИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЛЯ СОЗДАНИЯ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА В ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РФ

Данилова Анна Артемовна¹, Мальчик Наталья Валерьевна²,
Паксюткина Анна Владимировна³, Топоев Алексей Сергеевич⁴,
Бокиев Махмуджон Умеджонович⁵

*Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Алябьев Федор Валерьевич⁶
Кафедра судебной медицины ИПО (зав. – д-р мед. наук, проф. Ф.В. Алябьев)
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Красноярск, Россия
¹erdanilova2010@gmail.com, ²malchiknv@mail.ru, ³anya_11_97@mail.ru,
⁴anatolalexeev@mail.ru, ⁵bokievmahmud97@gmail.com, ⁶alfedval@mail.ru*

Проведен мониторинг обеспеченности средствами индивидуальной защиты медицинского персонала подразделений бюро судебно-медицинской экспертизы на примере подразделений государственных судебно-медицинских учреждений Томской области Красноярского края. Установлены основные факторы риска инфицирования при осуществлении профессиональной деятельности и причины их возникновения

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, профессиональные болезни, средства индивидуальной защиты.

Незащищенность работников государственной службы судебно-медицинской экспертизы на фоне неудовлетворительных условий труда обуславливает высокую заболеваемость медицинского персонала социально значимыми заболеваниями и является одной из нерешенных проблем. В первую очередь это касается инфицирования туберкулезом. Зачастую в ряде ГСЭУ предусмотренные стандартами меры индивидуальной защиты органов дыхания не соблюдаются и

по настоящее время. Согласно п. 4 Приказа МЗиСР РФ от 01.06.2009 № 290н «Об утверждении межотраслевых правил обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты» работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, связанных с загрязнением, должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты, которые выдаются бесплатно. Неприемлемым является состояние защиты органов дыхания медицинских работников, когда в качестве их защиты широко рекомендуется применение простых медицинских масок, поскольку они обладают высокой способностью к пропуску микроорганизмов. Использование при осуществлении профессиональной деятельности качественных средств индивидуальной защиты занимает одно из ведущих мест в комплексе мероприятий по охране здоровья медперсонала ГСЭУ. Несмотря на бесспорность и очевидность права каждого человека на безопасные условия труда, обеспечение работников средствами индивидуальной защиты оставляет желать лучшего.

Цель исследования – оценка факторов производственной среды и трудового процесса, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье медицинского персонала государственных судебно-медицинских экспертных учреждений с позиции эффективности использования индивидуальных средств защиты.

Материалы и методы. Проведен динамический мониторинг усредненных показателей уровня материально-технической обеспеченности условий труда медицинского персонала ГСЭУ.

Результаты. В ходе исследования установлено, что главной проблемой на сегодняшний день остается социальная незащищенность работников на фоне неудовлетворительных условий труда, обуславливающих высокую заболеваемость медицинского персонала социально значимыми заболеваниями.

В ряде подразделений ГСЭУ имеет место отсутствие предусмотренных ГОСТ 12.4.011–89 «Система стандартов безопасности труда» средств индивидуальной защиты органов дыхания: противогазов, респираторов, самоспасателей, пневмошлемов, пневмомасок, пневмо-

курток. Выдаваемые работодателем одноразовые медицинские маски имеют низший класс защиты и не являются респираторами.

При этом для использования в случаях повышенной эпидемиологической опасности, связанных с пылеобразованием или присутствием в воздухе вирусов и бактерий, предназначены респираторы второго класса защиты. Для использования при возможном контакте с наиболее опасными возбудителями заболеваний (туберкулез, грипп и др.) предназначены противоаэрозольные респираторы с клапаном выдоха третьего (высшего FFP3D, ГОСТ Р 12.4.191–99) класса защиты.

Согласно научным исследованиям, «медицинские маски обладают низкой защитной эффективностью, они не являются средствами защиты органов дыхания (не сертифицируются как средства индивидуальной защиты по соответствующим стандартам), поэтому не могут обеспечить безопасность персонала при обращении с медицинскими отходами. Для защиты органов дыхания от микробных аэрозолей могут быть рекомендованы высокоэффективные противоаэрозольные респираторы, соответствующие классу FFP3 и имеющие клапан выдоха» [1].

По результатам исследований с применением люминесцирующих аэрозолей установлено, что «воздух при вдохе попадает в органы дыхания через неплотности обтурации, минуя фильтрующий корпус медицинской маски. Можно считать, что органы дыхания медработников практически не защищены» [2]. Доказано, что «коэффициент проникания бактериальных и медикаментозных аэрозолей у медицинских масок достигает 45 %, что не соответствует требованиям ГОСТ Р 12.4.191–99 даже для самого низшего класса противоаэрозольных респираторов FFP-1» [3].

Выводы. Несмотря на декларируемый руководством ГСЭУ дефицит бюджетного финансирования, необходимость расходования средств на повышение оплаты труда работников для выполнения майских указов президента, проблемы с обеспечением работников индивидуальными средствами защиты необходимо не замалчивать, а озвучивать перед руководством региона и изыскивать пути их реше-

ния, в том числе через централизованную закупку средств индивидуальной защиты для работников государственных медицинских учреждений всего региона.

Список литературы

1. Миронов Л.А. Труд медика – постоянный риск // Охрана труда. Средства защиты. – 2005. – №2. – С. 7–10.

2. Риск для здоровья медицинских работников при обращении с медицинскими отходами // Главная медицинская сестра. – 2012. – № 6.

3. Протокол испытаний масок хирургических № 2/05 от 18.02.2005 г. / Испытательный центр средств индивидуальной защиты ФГУП ВНИИМ им. Д.И. Менделеева. – М., 2005. – С. 3.

УДК 340.6:617]:378.661

ЗНАКОМСТВО С МИРОМ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПОСРЕДСТВОМ ПОПУЛЯРНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кузнецова Яна Владимировна¹

*Научный руководитель – д-р мед. наук, доц. Шевченко Кирилл Владимирович²
Кафедра судебной медицины (зав. – канд. мед. наук, доц. А.В. Светлаков)
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени
академика Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь, Россия*

¹lacrimoza15@mail.ru, ²shevchenko.kv@yandex.ru

По окончанию VI курса перед студентом встает сложный вопрос дальнейшей специализации. На наш взгляд, знакомство с литературой по предполагаемой специальности значительно облегчает процесс выбора и помогает принять верное решение.

Ключевые слова: научно-популярная литература, профессиональная ориентация студента, судебно-медицинская экспертиза.

В романе Карла Валентайн «Патологоанатом. Истории из морга» описываются особенности секционной техники, применяемых при аутопсии в морге госпиталя Святого Варфоломея в Лондоне, и рассказывается о принципах работы техника морга. Например, техник морга обязан получить сведения о погребальных обычаях разных религий, чтобы уважать и учитывать их при общении с родственниками усопших. Обращается внимание читателей на «мелочи» в секционной работе. Так, кардиостимулятор или портативный дефибриллятор при кремации взрываются [2].

Следующая книга «Все, что осталось. Записки патологоанатома и судебного антрополога» – биография деятельного и высокопрофессионального судебного антрополога Сью Блэк. Автор участвовала в опознании тел при вооруженном конфликте в Косово, военных действиях в Боснии, цунами 2004 г. в Таиланде, Индонезии, Шри-Ланке. Рассказывается об идентификации тел и о том, какую роль играют судебные антропологи. Установить пол помогают такие особенности строения тела, как формы большой седалищной вырезки, характер прикрепления затылочной мышцы, размер сосцевидного отростка, наличие супраорбитальных насечек под бровью, характерный набор хромосом; возраст – по степени окостенения, плотности костной ткани; расу – по особенности строения черепа, анализу изотопного состава тканей; рост – по длине конечностей. Значение имеет наличие повреждений. Например: локализация, стадия консолидации, механизм образования переломов костей [1].

Судмедэксперт Михаэль Тсокос в книге «Тело как улика. Случаи из практики самого известного судмедэксперта Германии» описывает случаи из практики. Например, расследование уголовного дела о нападении собак бойцовских пород на школьника. Эксперт выявил признаки их тренировки для участия в нелегальных собачьих боях – стачивание резцов, рубцы на голове, шее и туловище, следы применения анаболических стероидов. Судебно-химическое исследование показало, что собаки находились под влиянием психостимулирующих средств. При исследовании желудка обнаружены фрагменты кожи лица, глаз, ушной раковины пострадавшего. Против владельца заведено уголовное дело по статье убийство по неосторожности, и он был осужден на три года лишения свободы [4].

Книга «Неестественные причины. Записки судмедэксперта: громкие убийства, ужасающие теракты и запутанные дела» является автобиографией Ричарда Шеперда, известного и опытного судмедэксперта Великобритании. Автор участвовал в расследовании массовых убийств в Хангерфорде, смерти принцессы Дианы, теракта в Нью-Йорке (2001) и др. Описал признаки встрянутого младенца. По его мнению, количество детоубийств выше общепринятых статистических показателей, огромное значение для раскрытия преступления имеет скрупулезность экспертов при секции младенцев [5].

Автор книги «Вскрытие покажет. Записки увлеченного судмедэксперта» – судмедэксперт Алексей Решетун – работает в бюро судебно-медицинской экспертизы г. Москвы. Он затрагивает только одну сторону судебной медицины – профессиональную. Научно-повествовательная манера написания превращает книгу в наглядное пособие для тех, кто планирует связать жизнь с судебной медициной. Все описано легко и увлекательно, вперемешку с забавными историями «из практики» и личным отношением к работе и ее особенностям. Рассказывается о профессии, рабочих буднях, инструментах, веселых студентах; как менялось отношение врачей и других граждан к этой специальности [3].

Ознакомившись с содержанием указанных книг, на наш взгляд, студент сможет правильно оценить свою готовность стать судебно-медицинским экспертом.

Список литературы

1. Блэк С. Все, что осталось. Записки патологоанатома и судебного антрополога. – М.: АСТ, 2019. – 370 с.
2. Валентайн К. Патологоанатом. Истории из морга. – М.: АСТ, 2019. – 240 с.
3. Решетун А. Вскрытие покажет. Записки увлеченного судмедэксперта. – М.: Альпина Паблицер, 2017. – 215 с.
4. Тсокос М. Тело как улика. Случаи из практики самого известного судмедэксперта Германии. – М.: Эксмо, 2019. – 380 с.
5. Шеперд Р. Неестественные причины. Записки судмедэксперта: громкие убийства, ужасающие теракты и запутанные дела. – М.: Эксмо, 2019. – 416 с.

ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА СРЕДСТВАМИ КОЛЛЕКТИВНОЙ ЗАЩИТЫ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Мальчик Наталья Валерьевна¹, Данилова Анна Артемовна²,
Сапега Анна Сергеевна³, Сергеев Антон Павлович⁴,
Топоев Алексей Сергеевич⁵, Бокиев Махмуджон Умеджонович⁶

*Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Алябьев Федор Валерьевич⁷
Кафедра судебной медицины ИПО (зав. – д-р мед. наук, проф. Ф.В. Алябьев)
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Красноярск, Россия
¹malchiknv@mail.ru, ²erdanilova2010@gmail.com, ³sapegaas97@gmail.com,
⁴azedass@gmail.com, ⁵anatolalexeev@mail.ru,
⁶bokievmahmud97@gmail.com, ⁷alfedval@mail.ru*

Проведено исследование средств коллективной защиты в подразделениях государственных судебно-медицинских учреждений Томской области и Красноярского края для установления реального состояния защищенности работников от заражения инфекционными заболеваниями при наличии постоянного контакта с профессиональными вредностями.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, профессиональные болезни, средства коллективной защиты.

В настоящее время, несмотря на очевидные достоинства модернизации структурных подразделений государственных учреждений судебно-медицинской экспертизы современной аналитической техникой, дорогостоящим высокочувствительным лабораторным оборудованием и расходными материалами, остается нерешенной проблема обеспечения медработников средствами коллективной защиты. Это обуславливает почти стабильную непрекращающуюся заболеваемость туберкулезом среди лиц, имеющих контакт с трупным материалом.

Цель исследования – оценка факторов производственной среды и трудового процесса, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье медицинского персонала государственных судебно-медицинских экспертных учреждений с позиции эффективного использования коллективных средств защиты.

Материалы и методы. Проведен динамический мониторинг усредненных показателей уровня материально-технической обеспеченности условий труда медицинского персонала ГСЭУ.

Результаты. В ходе исследования установлено, что главной проблемой на сегодняшний день остается социальная незащищенность работников на фоне неудовлетворительных условий труда, обуславливающих высокую заболеваемость медицинского персонала социально значимыми заболеваниями, в первую очередь – туберкулезом.

По данным В.В. Колкутина, И.А. Толмачева: «При анализе уровня микробной обсемененности воздуха секционных по окончании работы установлено, что общее микробное число находится в пределах 1800–2000 микроорганизмов в 1 м³; количество дрожжей и плесневых грибов составляет около 120 в м³» [2].

В соответствии с требованиями ГОСТ 12.4.011–89 «Система стандартов безопасности труда» «к средствам коллективной защиты от воздействия биологических и химических факторов относятся: устройства для вентиляции и очистки воздуха, кондиционирования воздуха, локализации вредных факторов; оградительные, герметизирующие устройства».

Проблема коллективной защиты работников секционных и моргов стояла активно еще в середине XX в. Согласно п.п. 31, 32 «Правил устройства и эксплуатации помещений патолого-анатомических отделений и моргов» (утв. Постановлением Президиума ЦК профсоюза медицинских работников 24.04.1964 № 14): «Все помещения морга должны быть оборудованы вытяжной вентиляцией с механическим побуждением. Расчетная температура и кратность обмена воздуха в помещениях должны приниматься согласно данным таблицы» (таблица).

Расчетная температура и кратность обмена воздуха в помещениях

Наименование помещения	Внутренняя расчетная температура, °С	Кратность и обмен воздуха за 1 ч	
		по притоку	по вытяжке
Секционная	16	+1,0	-4,0
Кабинет для врачей	20	+1,0	-1,0
Мочевая	16	+3,0	-4,0

По данным Д.С. Кадочникова, «оснащение секционной только приточно-вытяжной вентиляцией с механическим побуждением не приводит к поддержанию микробного обсеменения воздуха ниже предельно допустимых концентраций, что обуславливает необходимость установки бактерицидных облучателей воздуха (типа Дезар) для поддержания асептических условий. Следует учитывать, что заболеваемость сотрудников государственных судебно-медицинских экспертных учреждений туберкулезом в 20–50 раз превышает заболеваемость среди граждан страны, в 5–10 раз превышает заболеваемость клинических врачей других специальностей и имеет тенденцию к дальнейшему росту» [1].

К тому же отсутствие бактерицидных облучателей закрытого типа в ординаторских и секционных повышает риск развития болезней среди медработников секционных и моргов.

Выводы. Решение проблемы заболеваемости работников секционных и моргов, а также иных категорий сотрудников бюро судебно-медицинской экспертизы, контактирующих с трупным материалом или иными объектами биологического происхождения и химическими реактивами, видится в том, что помимо качественной вентиляции помещений, где проводятся соответствующие судебно-медицинские экспертные исследования, необходимо осуществлять текущую дезинфекцию воздуха с использованием бактерицидных облучателей воздуха типа Дезар.

Список литературы

1. Кадочников Д.С. Научные основы обеспечения инфекционной безопасности судебно-медицинских секционных исследований: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2010.

2. Микробиологическая характеристика воздушной среды основных функциональных помещений судебно-медицинского морга / В.В. Колкутин, И.А. Толмачев [и др.] // Проблемы экспертизы в медицине. – 2005. – № 19–3. – С. 11–15.

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.
ВЗГЛЯД МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

МАТЕРИАЛЫ
VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
(С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ)
СТУДЕНТОВ, ОРДИНАТОРОВ,
АСПИРАНТОВ, МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
(24 апреля 2020 г., г. Пермь)

Корректор М. Н. Афанасьева

Подписано в печать 17.04.2020.
Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 7,2.
Тираж 150 экз. Заказ № 52/2020.

Отпечатано в типографии «Новопринт».
Адрес: 614000, г. Пермь, ул. Клименко, 1, оф. 13
тел.: (342) 204 5 992

