

С.Н. КУЛИКОВ, О.С. КУЛИКОВ

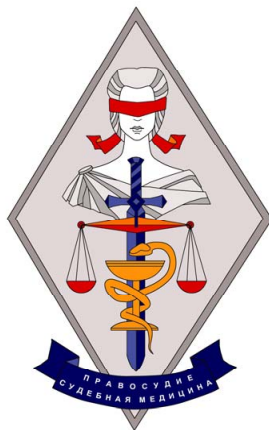
« ... Познание есть бесстрашие. Кто испытывает страх перед традиционными нравственными понятиями и оценками, всегда имеющими социальный источник, тот не способен к этическому познанию, ибо этическое познание есть нравственное творчество ... »

Н.А. Бердяев «О назначении человека», 1939 г.

ЭЛЕКТИВЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

(анализ экспертных эпизодов из практики правосудия)

Монография



Самара 2009

УДК 61:34

ББК 58.1

К 90

Куликов С.Н.

К 90 Элективы судебной медицины (анализ экспертных эпизодов из практики правосудия): монография /С.Н. Куликов, О.С. Куликов. – Самара: ООО «ИПК «Содружество», 2009. – 288 с..

Монография посвящена аналитической интерпретации авторских научных направлений в части студенческих элективных разработок по линии студенческого научного кружка кафедры судебной медицины ГОУ ВПО «Самарский ГМУ Росздрава», за шестилетний период 2003-2008 гг. Представленные в главах темы взаимосвязаны и лежат в плоскости разрешения специальных вопросов судебной медицины, рассматриваемых в юридическом процессе доказательственного установления (не установления) факультативных элементов объективной стороны преступления, направленного против жизни и здоровья. Монография предназначена не только для студентов-медиков и врачей судебно-медицинских экспертов, но будет полезна, как студентам юридических факультетов, так и сформировавшимся юристам, осуществляющим правоприменительную практику. Настоящая работа будет также не безынтересна и широкому кругу читателей, в силу специфики предмета судебной медицины, без которого редко обходится жанр детективной литературы.

УДК 61:34

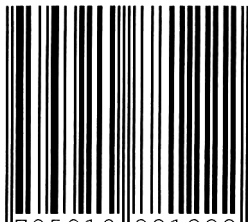
ББК 58.1

Рецензенты:

- главный судебно-медицинский эксперт Минздравсоцразвития России, директор Российского Центра Судебно-Медицинских Экспертиз (РЦСМЭ), Минздравсоцразвития России, доктор медицинских наук, профессор, **В.А. Клевно;**

- руководитель Следственного управления Следственного Комитета при прокуратуре РФ по Самарской области, старший советник юстиции, **В.В. Горсткин.**

ISBN 978-5-91088-122-2



9

785910 881222

© Куликов С.Н., 2009

© Оформление ООО «ИПК «Содружество», 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Авторское эссе (вместо предисловия и введения).....	5
Глава 1 Судебно-медицинский компонент в установлении способа причинения механической травмы	
1.1. Применение судебно-медицинского компонента в доказывании факультативных элементов объективной стороны преступления против жизни и здоровья	17
1.2. Судебно-медицинская оценка функции кисти в установлении обстоятельств преступления с применением огнестрельного оружия	47
1.3. Судебно-медицинская оценка способа причинения локальных травм опорно-двигательной системы от воздействий невооруженной рукой	62
Глава 2 Судебно-медицинская оценка степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека	
2.1. Аспекты клинико-экспертной и медико-правовой оценки тяжести переломов костей конечностей.....	73
2.2. Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью по исходу тотального эндопротезирования тазобедренного сустава	89
2.3. О судебном прецеденте пятнадцатилетней длительности, «спровоцированном» «старыми» Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений	101
2.4. Применение п. «6.11» Медицинских критериев новых Правил определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека.....	113
Глава 3 Технология производства судебных экспертиз по «медицинским делам»	
3.1. Юридический процесс назначения и организация судебных экспертиз, выполняемых с применением специальных знаний из различных областей медицины	132
3.2. Технология производства судебных экспертиз по «медицинским делам» с признаками составов преступлений, относящихся к профессиональным правонарушениям медицинских работников	145

Заключение	164
Приложения	
Приложение 1	166
Приложение 2	205
Приложение 3	214
Приложение 4 (в том числе, 18 с., Приложение-В, Приложение-С в альбомном формате).....	220
Приложение 5	250
Примечания	256
Список литературы	274
Авторы	288

АВТОРСКОЕ ЭССЕ¹ (ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ И ВВЕДЕНИЯ)

Авторы данной монографии, будут считать свою задачу выполненной, если она вызовет у читателя, как принципиальное несогласие и сомнение в наших рассуждениях (убеждениях), так и признание их жизнеспособности в рассматриваемых аспектах бытия.

В частности, последний шестилетний период работы студенческого научного кружка кафедры судебной медицины ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава» (СамГМУ), подвигнул нас вынести, прежде всего, на суд своих коллег беспристрастный анализ наших умозаключений в избранных (элективных) разделах судебной медицины.

Кого это нас? Так сложилось, что мы – это отец и сын. Сложилось явление продуктивно. Продуктивно именно в том аспекте, что психологически не помешало «перекинуть» мостик от родственных взаимоотношений, большей частью субъективных (иными они быть не могут и не должны быть) к осуществлению самостоятельной научно-исследовательской деятельности учеником (О.С. Куликовым) и нашими учениками (студентами-кружковцами) в целом.

« ... Что надо подготовить, может доклад, по какой-нибудь теме, чтобы на кружок прийти ? ... », - спрашивают студенты.

« ... Приходите, только приходите. Слушайте, смотрите, задавайте вопросы, участвуйте в дискуссиях. Ничего не бойтесь. Не бойтесь на пройденную давно и всеми «вдоль и поперёк» проблему посмотреть под иным углом зрения, проанализировать состояние проблемы самостоятельно. Выдвигайте аргументы, контраргументы, защищайте их. В свободном диалоге, в споре выработаем цели и задачи наших будущих научных направлений ...», - говорим мы студентам. Со студентами надо рассуждать, не держа «фигу в кармане», ибо молодёжь наша чувствует фальшь с полнарёка, околонучными формулировками её не впечатлишь. Молодёжь наша, она вся из жизни вышла, нашей с вами прагматичной жизни. Этим определяется многое, если не всё.

1 эссе (из франц. - essai «попытка, проба, очерк», от лат. exagium «взвешивание») - литературный жанр прозаического сочинения небольшого объёма и свободной композиции.

Без ложной скромности можем заявить, что наш студенческий научный кружок – есть лаборатория и (или) «полигон», «питательная среда» для разработки научно-практических элективов в предмете судебной медицины.

Если хотите, по стилю существования – это «философский Сад Эпикура* (Κερως)»². Там, студенты и их научные руководители подобно античным участникам философских диалогов, свободно оперируют накопленным багажом медико-биологических знаний и уже приобретённым опытом жизни, логически «преломляют» проблемы судебной медицины в область практического разрешения специальных вопросов, возникающих в сфере правосудия и здравоохранения. «Преломляют» без боязни быть непонятыми или смешными, «неуклюжими» в словесной формулировке своих суждений. Да, подобно, как в философском саде Эпикура. В памяти потомков сохранился образ этого чудесного философского сада, с тенистыми аллеями, зелёными кабинетами и с приветствием над маленькой калиткой, которое, как гласит легенда, сочинил сам древнегреческий философ: **”Гость, войди! Тебе здесь будет хорошо. Здесь удовольствие - высшее благо!”**. Нет, не удовольствие тела в вожделении похоти разнообразного свойства, а удовольствие процесса упражнения мышления и духа. Упражнения, на основе понимания рационального морально-нравственного баланса между этикой духа познания с одной стороны, с неистребимыми проблемами материальной платформы нашего бытового существования, с другой, [19, 29, 100].

Дословный перевод на русский язык, термина, происходящего от франц. «electif» - «избранный» (т.е. элективный), что номинально обозначает наименование ряда специальных питательных сред (элективных культур) для биохимических процессов, создающих более благоприятные условия для роста определённого вида микроорганизмов в них, [11].

Аналогия терминологического обозначения («электив», «элективы»), т.е. материального субстрата причины прогрессивного роста в процессе развития чего-либо, например, в биохимическом процессе, с одной стороны и прогрессивного роста эффективности учебно-воспитательной работы в высшей школе, через предмет судебной медицины** , с другой, здесь бесспорна и очевидна.

2 далее по тексту монографии, необходимость разъяснения значений отдельных терминов, понятий и биографических справок обозначается значками - ... «*», «**» Тексты разъяснений см. в разделе «Примечания» монографии, соответственно страницам.

Это полностью соответствует осуществлению принципов государственной политики в сфере организации образования, одними из которых являются его гуманистический характер, приоритет общечеловеческих ценностей, приоритет свободного развития личности. Именно данные положения полностью согласуются с нашими задачами (работников высшей школы), когда, например, учебно-воспитательный процесс в додипломной подготовке будущего врача, дополняется правом свободного выбора студентом элективных занятий по той или иной дисциплине [27, 133, 134].

Ни одна отрасль клинической медицины, не связанная с юриспруденцией (проблемами правосудия) так тесно, как судебная медицина. Врачи, считают её **отраслью медицины**, что является несомненным. Юристы не спорят с представителями медицины и здравоохранения об отраслевой принадлежности судебной медицины. Однако, как авторы учебников по судебной медицине для высшей юридической школы, они объективно относят судебную медицину к самостоятельной **медико-правовой науке**: *«...судебная медицина – это самостоятельная медико-правовая наука, которая изучает и разрабатывает вопросы медицинского, биологического и правового характера, направленные на осуществление задач правосудия и здравоохранения...»*. Мы полностью согласны с этой трактовкой. Врачи и юристы, глубоко занимающиеся развитием теории и практики судебной медицины, идентично формулируют содержание предмета этой науки, определяя судебную медицину, как **медицину в праве**, (Ю.С. Сапожников, 1970, С.Ф. Шадрин, С.И. Гирько, В.Н. Николаева, 2005; С.Н. Куликов, В.К. Толоконников, 2006), [129, 140, 142].

Косвенно, данный факт подтверждает ещё то, что литературу по судебной медицине можно традиционно найти на полках книжных магазинов в отделе юридической литературы (но не медицинской).

Элективы наши произрастают из практики применения специальных знаний из области судебной медицины, иных областей медицины в юридическом процессе.

Среди нас (судебных медиков) порой услышишь субъективное суждение о «практиках» и «теоретиках» в нашем предмете деятельности. Причём первые, считают себя «асами» в практике экспертной работы, даже образно поэтизируют эту надуманную «специализацию», что де: *«... сапоги должен тачать сапожник, а печь пирожные – пирожник...»*. Только тогда не понятно: кто же

здесь «сапожник», а кто «пирожник»? Горе же было тем «практикам», когда они опрометчиво озвучивали эту «концепцию» в присутствии наших мэтров, например, профессора кафедры судебной медицины Российского гос. мед. университета, заслуженного деятеля науки РФ, В.Н. Крюкова* и заведующего кафедрой судебной медицины Алтайского гос. мед. университета, профессора Б.А. Саркисяна**. Это наши учителя, которые «за ручку» ввели нас в «здание» судебной медицины, под их руководством мы делали первые шаги в нём и формировались как специалисты, не подразумевая о делении себя на «практиков» и «теоретиков». Их и наше суждение на этот счёт таково: нет такого разделения, и не может его быть. Высказывать обратное и быть глубоко сознательным приверженцем такой «концепции» - есть ничем не обоснованная самонадеянность и легкомыслие. Везде необходим баланс.

Как высокомерное пренебрежение теорией, ведёт к уродливому воплощению практики, так и пренебрежение практикой, ведёт к выхолащиванию теории и смешному наукообразию. Такое понимание дела есть, как у нас, так есть в любой иной сфере деятельности. Это очевидно и бесспорно.

С годами более понимается важность составляющих элементов ответственности в обучении молодёжи, прежде всего, элементов нравственного и социального воспитания. Главное, чтобы ученик не судебным медиком стал (стране не нужно так много судебных медиков), а думающим специалистом, с чувством ответственности за то, что делает в выбранной им профессии.

Всестороннее понимание социальной значимости этой работы стоит у нас на «плечах» многолетнего (не прекращающегося в накоплении своём), опыта практической судебной медико-экспертной работы.

Стоит также, на «плечах» возможности осуществления деловых и дружеских отношений со своими коллегами по профессиональному цеху (1) и с представителями правоохранительных органов (2).

Хочется отметить, что эффективность нашей работы не могла бы состояться, без помощи и участия, и тех, и других.

Прежде всего, выражаем глубокую благодарность руководителю нашего вуза, академику РАМН, лауреату Государственной премии РФ и дважды лауреату премии Правительства РФ, заслуженному деятелю науки РФ, доктору мед. наук, профессору Г.П. Котельникову. Несомненно, что в большей степени, благодаря его поддержке в этом деле, Студенческое Научное общество

СамГМУ стало Всероссийской трибуной для молодых людей, делающих свои первые шаги на научном поприще. Данное явление неотъемлемо от принятой политической доктрины перспективного развития СамГМУ.

Выражаем глубокую благодарность главному судебно-медицинскому эксперту Минздравсоцразвития России, директору Российского Центра Судебно-Медицинских Экспертиз (РЦСМЭ), Минздравсоцразвития России, доктору мед. наук, профессору, В.А. Клевно, заместителю начальника Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области, заслуженному деятелю науки РФ, заслуженному врачу России, доктору мед. наук, профессору, В.Л. Попову.

Выражаем благодарность начальнику ГУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы Самарской области (Бюро СМЭ), совмещающему должность заведующего нашей кафедрой, доктору мед. наук, доценту, заслуженному врачу России, А.П. Ардашкину. Всем сотрудникам Бюро СМЭ нашего региона, в лице руководителей его структурных подразделений, врачам судебно-медицинским экспертам, представителям среднего и младшего персонала учреждения: кандидату мед. наук Н.Н. Дебою, кандидату мед. наук Н.Г. Юдиной, А.В. Жигалкину, Е.А. Сиротину, А.С. Манцагову, Л.П. Фоменковой, кандидату мед. наук Г.В. Недугову, В.В. Недуговой, Е.В. Пономарёву, В.Б. Клешнёвой, Н.Ф. Кулахметовой, О.М. Звековой, И.Е. Таировой, Н.Н. Змиенко, Н.Ю. Сечевой и многим другим.

Выражаем благодарность за участие в научных дискуссиях со студентами, за организацию работы и участие в комиссионной судебной медико-экспертной работе, нашим коллегам из профессорско-преподавательского корпуса СамГМУ и его Клиник. Профессорам: С.Е. Винокуровой, И.И. Лосеву, Н.В. Ямщикову, Т.А. Федориной, В.А. Куркину, В.А. Кондурцеву, И.П. Королюку, И.Е. Поверенновой, Г.Н. Носачеву, А.В. Жесткову, Л.С. Целкович, В.М. Малову, А.В. Дубищеву, И.И. Березину, В.В. Сергееву. Доцентам: А.Н. Краснову, Н.Ф. Поляруш, Д.В. Романову, Л.Н. Муниной, В.В. Соленову, Л.Н. Коробковой, И.В. Куртову, Б.Д. Грачёву. Заведующей отделением эндоскопии Клиник СамГМУ, врачу высшей категории, кандидату мед. наук И.Н. Юрченко, врачу высшей категории отделения анестезиологии и реаниматологии Клиник СамГМУ, кандидату мед. наук Н.И. Чернышевой.

Благодарим сотрудников правоохранительных органов за доверие в назначении нам судебных экспертиз по материалам уголов-

ных и гражданских дел, за назначения консультаций (заключений) специалиста, за взаимно обогащающие дискуссии по предмету судебной медицины, за помощь в организации научных экспериментальных исследований, выполненных в студенческих научных работах.

В этом отношении, благодарны работникам судебной системы: начальнику Управления Судебного Департамента (УСД) Самарской области, Л.Б. Вербицкой, федеральным судьям нашего региона – А.С. Дешевых, А.Н. Козлову, С.Г. Винокурову, Т.Г. Воронковой, Л.К. Гиниятуллиной и др. .

Благодарны работникам аппарата Следственного комитета прокуратуры РФ, в частности, руководителю Следственного управления Следственного комитета при прокуратуре РФ по Самарской области, В.В. Горстину и его заместителям – А.В. Оськину, Ю.С. Сливе, а также бывшим работникам прокуратуры нашего региона – В.К. Толоконникову, Б.А. Золину, В.И. Семихвостову.

Благодарны следователям следственного аппарата городского УВД: В.В. Копьёву, И.В. Сизову, А.Ю. Смолькову, А.М. Тимошевскому, С.В. Саяпину и многим др. .

В этом же контексте, благодарим представителей адвокатуры Палаты адвокатов Самарского региона: Т.М. Самохвалову, А.А. Алмазому, В.П. Авласенко, И.П. Акашина, С.В. Дуденкова, Г.Т. Копылова, М.Л. Серебряного, С.В. Мордикову, Е.Н. Шишкину, В.В. Юдина, А.Г. Эльберга и многих других. Функции адвокатуры, противоречивые, на первый взгляд, переоценить трудно в смысле реализации основного принципа правосудия. Последний выражает, прежде всего, приоритет права личности, заключающийся в равноправии и состязательности сторон. Что равноценно рассматривается, как в отношении стороны государственного обвинения, так и в отношении правового статуса личности, которая в юридическом процессе, может выступать в роли, например, обвиняемого, подсудимого, ответчика или потерпевшего, истца, и т.д. . Сие есть один из основных принципов буржуазной демократии. Таково содержание Закона РФ в настоящем, к чему относится и принцип института независимости судебно-экспертной деятельности (не только государственной, но и ной другой).

Мы благодарны нашим коллегам по аналогии предмета экспертной деятельности - экспертам Экспертно-Криминалистического Центра Главного Управления Внутренних Дел Самарской области (ЭКЦ ГУВД): бывшему заместителю начальника ЭКЦ

ГУВД, полковнику милиции в отставке, О.В. Волчкову, эксперту-криминалисту ЭКЦ ГУВД П.В. Амелину.

Нельзя не высказать сердечную признательность профессионалу-педагогу высшей школы и глубочайшему специалисту в предмете криминалистики, бывшему преподавателю кафедры уголовного процесса и криминалистики юридического факультета Самарского государственного университета, (СамГУ), доценту В.А. Маркову*, [101].

Именно под его руководством формировали мы дуализм и сопряжение мышления в предметах судебной медицины, криминалистики и юридического (уголовного) процесса. Человек потрясающего обаяния, огромного жизненного опыта, в юности прошедший суровую школу Великой Отечественной войны, начав её юнгой Северного Флота, Валериан Андреевич, в свободных научных рассуждениях говаривал: « ... *Серёженька* (это вот «*Серёженька...*»), звучало не уничижительно, а совершенно органично и по-дружески, несмотря на то, что наша с ним разница в возрасте измеряется не менее чем тридцатью годами), *относительно доминирования судебно-медицинских данных в предмете доказывания признаков преступления, по «медицинским делам», ты абсолютно прав. В этой связи, не подумай ли нам с тобой над таким вопросом, как факультативные элементы объективной стороны преступления и рассмотреть аспекты их юридического доказывания в судебно-медицинских экспертных выводах? Здесь есть, над чем «поломать копыя», например, применить принцип аналогии права ... Тебе нравится такая, встречающаяся у вас и у нас формулировка в экспертных выводах, как-то: «... определить то-то и то-то НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНЫМ...»? Этакое удручающее «НПВ» ... Мне тоже не нравится. Вот и давай подумаем, как с «формулой» этой бороться и можно ли с ней побороться вообще... Не провести ли нам здесь, в начале, сравнительный анализ аналогичных вопросов в криминалистике и судебной медицине по таким категориям, как-то: идентификация процессов и явлений, предмет экспертизы, объект экспертизы его свойства и признаки... Вот здесь должны быть заложены «перекрестья» наших научных интересов.».*

Вот такие философские диалоги мы вели, в бытность (1996-1998 г.г.), постижения нами, второго высшего юридического образования на юридическом факультете СамГУ.

Настоящая монография посвящена, в принципе, развитию эффективности применения специальных судебно-медицинских зна-

ний в процессе доказывания (или напротив – констатации отсутствия), обстоятельств преступления, направленного против жизни и здоровья.

Каждое преступление совершается при наличии определённых обстоятельств, т.е. в конкретное время и в конкретной обстановке, которые носят название факультативных элементов состава преступления (его объективной стороны). К числу этих элементов, составляющих понятие – «*событие преступления*», относят **время, место, способ** и другие обстоятельства его совершения (ч.1.ст. 73 УПК РФ). Причём доказательственная констатация признаков их отсутствия имеет такое же важное социально-правовое значение, как и доказательство присутствия таковых. Ведь уголовный процесс начинается (возбуждение уголовного дела) и продолжается (предварительное расследование, судебное следствие и т.д.), пока есть основание предполагать, что состоялось преступление и существуют лицо, его совершившее. Когда такое предположение не подтверждается доказательствами, уголовное дело (уголовное преследование) в отношении конкретного лица прекращается. Отрицательный результат, есть тоже результат. Вне сомнения, что в правосудии такой результат равноценен его обратному значению, [43, 105].

В данной монографии мы сгруппировали только часть авторских научных направлений, представленных, в основном, элективными студенческими разработками по линии деятельности нашего научного кружка. Нами проведён итоговый анализ по нескольким избранным тематическим направлениям, в контексте повышения эффективности применения судебно-медицинских экспертных доказательств, в практике юридического процесса. Последовательность изложения предмета рассматриваемой проблемы, представлена в трёх главах монографии. Последние принципиально включают в себя тематическую триаду: 1- судебно-медицинскую идентификацию способов причинения механических повреждений; 2- судебно-медицинскую диагностику тяжести вреда, причиненного здоровью человека; 3- медико-экспертные и правовые аспекты разрешения вопросов с применением специальных знаний из различных областей медицины в практике производства судебных экспертиз по «медицинским делам».

Причём все, без исключения, выше перечисленные темы, их предметы исследования, проистекают из конкретной практики пройденных нами судебно-следственных прецедентов, где мы (как

будущие руководители студенческих научных работ), участвовали в качестве специалистов и судебных экспертов.

Работа завершается заключением с последующими приложениями и примечаниями, которые являются неотъемлемой частью повествования, развернутого в трёх главах монографии (его необходимым дополнением и последовательным развитием).

Монография предназначена не только для студентов-медиков и врачей судебно-медицинских экспертов, но будет не безынтересна, как студентам юридических факультетов, так и сформировавшимся юристам, осуществляющим правоприменительную практику.

Убеждены, что представленный нами материал, имеет перспективу развития, как в научном, так и в практическом его применении. В научном и практическом применении, как в сфере судебно-экспертной, так и в сфере правоохранительной деятельности. И надо заметить, что в части своей, он уже применяется (на федеральном уровне).

Думаем, что настоящая работа будет также не безынтересна, и широкому кругу читателей, в силу специфики предмета судебной медицины, без которого редко обходится жанр детективной литературы.

Опытные в жизни люди говорят, что надлежащая организация работы (организация рабочего процесса) и ясное видение цели, это уже 70% успеха в достижении желаемого результата. Неорганизованный рабочий процесс даст «на выходе» мизерный или нулевой результат, который, впрочем, можно при желании представить как «успех», обернув его в скрупулёзную оболочку бюрократической отчетности. Это уже целая технология и «специалисты» в этом деле есть «высококвалифицированные».

Бюрократический отчёт необходим (в контролирующей деятельности государства, в экономической деятельности), с этим спорить бессмысленно. Однако, всё-таки, возникает вопрос, вопрос в контексте свободного рассуждения в рамках нашего авторского эссе.

Что же надо ещё предпринять для должного и динамического развития данного процесса познания в форме наших элективов в судебной медицине? Что ещё логически следует из нашего твёрдо сформировавшегося мироощущения в этом отношении и что не противоречит Закону РФ? Мысль в этом отношении проста.

Ещё Лев Толстой, высказал великую фразу*, выразив её в романе «Война и мир», заключающуюся в том, что все мысли, име-

ющие глубокие последствия, всегда просты. И если люди, между собой порочные соединяются вместе и составляют силу, то людям честным, надо сделать то же самое. «Ведь как просто ...». Действительно, как просто.

Так вот, вся наша мысль, укрепляющаяся с 1994 года всё более и более, в том, что кафедра судебной медицины, должна иметь свой секционный блок, и свой кабинет амбулаторного приёма для учебных целей, прежде всего.

Кстати, юристы совершенно обоснованно считают, что кафедры судебной медицины вузов России – есть отдельные субъекты производства судебно-медицинских экспертиз (хотя бы уже в производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам судебно-следственных дел). При этом юристы объективно (т.е. легитимным образом), подразделяют виды медицинских судебно-экспертных учреждений в РФ на государственные (1), негосударственные (2) и, что особо примечательно, выделяют здесь отдельным планом – кафедры судебной медицины высших медицинских учреждений (3), [141].

Данное положение Закона РФ*, не могут (точнее упорно не хотят) признать некоторые наши коллеги судебные медики, в частности, называющие себя «практиками». Об этой «разновидности» специалистов, мы уже говорили выше.

Почему к этому «упрямству», заключающемуся в произвольной аберрации** права, ныне ещё прислушиваются, совершенно удивительно. Прежде всего, удивительно потому, что мы, судебные медики – не являемся правоприменителями.

Мы считаем, что такое потворство, такому мнению, не основанному на базе Закона, есть способствование ослаблению государственного института правосудия, какой бы околонучной и мудрёной схоластикой*** это не прикрывалось.

Функции правоприменения, в юридическом процессе назначения и дальнейшего регулирования судебно-экспертной деятельности особенно, относятся к прерогативе профессиональной деятельности дознавателей, следователей, прокуроров, судей. В теории права есть аксиома – «СУДЬИ ЗНАЮТ ПРАВО». Их воля и право пользоваться тактикой юридического процесса, в частности, относительно рассматриваемого нами положения, в полной мере. Назначение судебной экспертизы (какой, куда и кому) – есть следственное действие, а не действие какого-либо эксперта (экспертов) какими бы должностными полномочиями он или они не

обладали. Высокопрофессиональные юристы знают эти правовые аспекты, они владеют навыками, и знаниями назначения судебных экспертиз (за что мы им благодарны).

В итоге мы всегда имели и имеем (и будем иметь), возможность практиковать, и развивать багаж своих специальных знаний в юридическом процессе (в процессе выполнения судебно-экспертной деятельности). Мы будем иметь ещё большую возможность этого, если материализуем указанную выше «простую мысль».

Студенты-кружковцы и молодые врачи-специалисты (судебные медики), в наших с ними свободных полемиках на данную тему, не видят принципиальной невозможности реализации этой «простой мысли».

Только отсюда будут произрастать дальше наши элективы и все, так называемые, инновации, и в конечном итоге, самодостаточность кафедры, что будет согласно политике перспективного развития нашего вуза, являющейся неотъемлемой частью федеральной политики развития (и реформы) высшей школы России.

Только отсюда самодостаточность кафедры, выльется в реализацию таких возможностей, как-то:

- подготовки будущих учеников (в процессе до- и последиplomной подготовки) в системе своей научной школы, что в конечном итоге, повысит своё педагогическое мастерство, престиж и статус;

- внедрения, как в учебный процесс, так и в практику судебно-экспертной деятельности, своих научных достижений и инновационных технологий;

- разработки и апробирования своих авторских курсов с перспективой их включения в учебную программу.

И об этой организационной (и реальной) перспективе (являющейся, по сути, отдельной элективной темой), мы рассуждаем с нашими студентами-кружковцами в нашем «философском саду».

Фантастический проект «Наутилуса» Жюль Верна XIX века, люди материализовали почти полностью через 85 лет*, после выхода в свет его знаменитого литературного произведения «Восемьдесят тысяч километров под водой»**.

85 лет - это хорошая по продолжительности жизнь человека, однако для истории срок не так уж и большой. Социально-политические процессы XXI века гораздо стремительнее по сравнению с веком позапрошлым и даже с веком XX-м. Нарастание этих процессов и стремительную динамику их развития мы неизбежно ощущаем на себе.

«Вызовы» нашего времени требуют своего разрешения. Решать их должны конкретные люди. «Наш экипаж», настроен на этическое познание и нравственное творчество. Наш «подводный крейсер» лёг на курс и набирает ход, впереди реально достижимые цели.

Один из аспектов познания, есть бесстрашие.

В этом, наш соотечественник периода новейшей истории XX века и выдающийся философ, аристократ духа, прошедший глубокий анализ влияния религии на жизнь личности и общества, Николай Александрович Бердяев*, был совершенно прав (см. эпиграф к нашей монографии), [7, 8].

На «вымпеле» нашего умозрительного «подводного крейсера» эмблема не судебной медицины и не эмблема только правосудия. Юридически, это не эмблема коммерческой или некоммерческой организации, тем более не логотип, не товарный знак. Юридический поступок заключается в том, что мы воспроизвели обозначенную эмблему - это факт. Эмблема наша - это знак, символизирующий ПРОЦЕСС, **процесс взаимодействия правосудия и судебной медицины** для достижения истины, как мы это понимаем в этике познания.

Идея эмблемы - авторская, без ложной скромности скажем, что она оригинальна. Аналогичной или даже подобной компоновки символики в одной эмблеме, мы не встречали. Тем более что, просмотренная нами символика, относящаяся к попыткам обозначать эмблемой только судебную медицину в целом, или судебно-медицинские учреждения, нами не использована в каких-либо уже существующих и применяемых вариантах.

Работа по исполнению графики эмблемы тоже наша, точнее наших детей, высоких профессионалов в области графического дизайна, дизайна среды и архитектуры, Александра и Ольги Филимоновых**.

Глава 1 СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ КОМПОНЕНТ В УСТАНОВЛЕНИИ СПОСОБА ПРИЧИНЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

1.1. Применение судебно-медицинского компонента в доказывании факультативных элементов объективной стороны преступления против жизни и здоровья

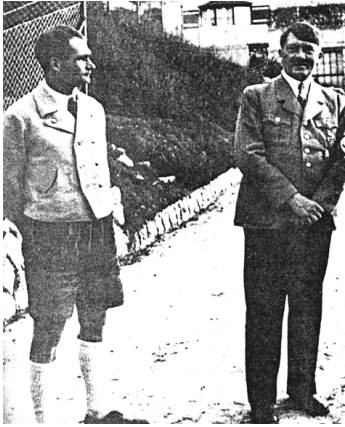
Всесторонне рассматривая материалы уголовных дел, возбужденных по фактам причинения вреда здоровью и жизни, юристы оценивают, в частности, варианты обстоятельств, смягчающих или отягчающих наказание. Перечень последних изложен в гипотезах ст. ст. 61 и 63 УК Российской Федерации. В их текстуальных формулировках мы не найдём, например, каких-либо ссылок, указывающих на те, или иные условия реализации механизма образования телесных повреждений или ссылок на экспертно-ситуационный анализ обстоятельств их образования.

Разрешение данных вопросов требует компоненты специальных знаний из области судебной медицины, что не входит в непосредственную компетенцию предварительного расследования и судебного следствия (Н.А.Громов, С.А Зайцева, 2002; Н.Н. Смирнова, 2002), [23, 131] .

Юридическому доказыванию подлежит событие преступления, что включает в себя установление времени, места и способа его совершения (ч. 1 ст. 73 УПК РФ). С нашей точки зрения, очевидно, что именно способ совершения преступления, если он действительно достоверно выявлен, «тянет» за собой, так или иначе, последовательное обнаружение остальных обстоятельств криминального эксцесса.

Как-то на одном из заседаний нашего кружка, весной 2005 года, в преддверии юбилея нашей победы в Великой Отечественной войне, разговор со студентами незаметно, с упомянутой выше темы и рассмотрения её в вопросах судебной медицины, перешёл к истории Второй мировой войны. А почему бы нет? Некоторые интереснейшие аспекты её, продолжают быть актуальными и в наши дни, с точки зрения истории и вопросов международной политики. Да и применительно к вопросам судебной медицины тоже. Вот, например,

история смерти Рудольфа Гесса* «... Причём здесь наша проблема способа совершения преступления ? ...», - спрашивают студенты. А она самая прямая. Здесь есть о чем подумать. Достаточно вспомнить не совсем ясные обстоятельства его смерти, очевидные проистекающие из предшествующих им исторических событий.



Фабула** дела такова. Рудольф Гесс, второе лицо после Адольфа Гитлера в иерархии фашистских бонз*** несостоявшейся «Великой Германии». На копии приведённой фотографии из историко-документальной книги, о которой скажем несколько ниже, Р. Гесс и А. Гитлер в 1939 году в Оберзальцберге. Единомысленники и друзья. 10 мая 1941 года, на пике побед Третьего Рейха, неожиданно для своего ближайшего окружения (неожиданно для Гитлера), Гесс тайно совершает побег, посредством перелета на истребителе

«Мессершмидт» из Германии в Англию. Побег в стан врагов, может быть с тайной миссией, известной только им двоим? До последних дней жизни Р.Гесс боготворил А. Гитлера. Гесс умер на 93 году жизни. Труп его был обнаружен в прогулочном дворике тюрьмы берлинского городского округа Шпандау. Обстоятельства его смерти до сих пор выяснены не до конца, (годы жизни: 26.04.1894 г. – 17.08.1987 г.). До момента смерти, в течение 42-х лет (!) Гесс просидел в указанной выше тюрьме, куда был заключён решением стран победительниц во Второй мировой войне, чьи представители правосудия участвовали в организации и проведении Нюрнбергского процесса в 1946 году. При этом род смерти данного субъекта (убийство или самоубийство?), до сих пор вызывает неоднозначные толкования. Какие же толкования ? Давайте рассуждать.

Юридическая (социально-правовая) классификация смерти, с нашей точки, зрения неотъемлема от основ судебно-медицинского учения о смерти, рассматривающего разновидности причин и механизмы её наступления.

Обстоятельства смерти, в социально-правовом (юридическом) аспекте, классифицируют на категории, рода и виды (В.Н. Крюков 2005), [139] .

Есть две категории смерти - насильственная и ненасильственная. Есть рода смерти. Так, в категории смерти «насильственная» рассматривают род смерти: убийство, самоубийство, несчастный случай. В категории смерти «ненасильственная», как род смерти, рассматривают скоропостижную смерть.

Виды наступления смерти. В категории смерти «насильственная» - это причины смерти от внешних воздействий (физических, химических, биологических, психических). Виды смерти в категории смерти «ненасильственная» - это причины смерти от различных заболеваний органов и систем органов.

В книге Питера Педфилда «Рудольф Гесс сподвижник Гитлера», вышедшей у нас переводным изданием в 1998 году, на основании гипотетических рассуждений отдельных политиков бывших стран союзниц по антигитлеровской коалиции во Второй мировой войне, приводятся интересные данные касающиеся возможных вариантов политической подоплёки относительно вопросов: кому была выгодна смерть Р. Гесса уже накануне его вероятного освобождения из тюрьмы? Было ли действительно, в этой связи, беспокойство у некоторых власть имущих, что Гесс, уже на склоне лет, начнёт говорить «правду»? Последнее связывают с засекреченной до сих пор документальной информацией, относительно политической историографии возникновения Второй мировой войны (нападения фашистской Германии на СССР в том числе), которая может быть связана прежде всего с интересами Великобритании и «мягким решением» еврейского вопроса, могущим инициативно исходить, в конце 30-х, в начале 40-х годов, от руководителей фашистской Германии. Относительно чего П. Педфилд, в своём труде, высказывает мнение: «... Остаются только засекреченные бумаги британского правительства. Содержится ли в них достаточно сильный мотив для убийства, кто знает? Однако разумно предположить, что если содержит, то, скорее всего, опасные документы будут изъяты или сами папки останутся «закрытыми» и после 2017 года...», [110].

Что в этом политическом детективе относится именно к вопросам судебной медицины? Это судебно-медицинская диагностика причины смерти Р. Гесса, установление её механизма, ибо решение данных вопросов судебными медиками даёт основание юристам оценить факт смерти и определить род её наступления.

Рассмотрению данных вопросов в книге Педфилда посвящена целая глава (Глава 30 «Посмертное заключение»), что ещё раз

говорит о важности специальных знаний из области судебной медицины, применяемых в юридическом расследовании преступных деяний, связанных с причинением вреда здоровью и жизни, [110].

В данной главе изложен анализ двух, следующих друг за другом, судебно-медицинских заключений по проведённым исследованиям трупа Р. Гесса.

Заключение 1-ое (от 19 августа 1987 года, т.е. уже на второй день после смерти Гесса): было произведено английским профессором Джоном Кемероном. На данный момент он являлся профессором судебной медицины Лондонского университета и почетным консультантом по судебно-медицинской патологии Британской армии. Помощником выступал подполковник Менсис (единственный британский патологоанатом с дипломом военного юриста). Ввиду того, что смерть Гесса стала политическим событием международного масштаба, оформление процедуры организации судебно-медицинского исследования всецело взяли на себя британские власти. Они же, тотчас по окончанию вскрытия тела, опубликовали официальное сообщение о причине смерти, которое полностью опиралось на мнение профессора Кемерона.

Заключение 2-ое (повторное, от 20 августа 1987 года), было произведено по инициативе сына покойного - Вольфа Рюдигера. Последний не был удовлетворен «усеченными» предварительными выводами первичной экспертизы, опубликованными уже 18.00 часов 19.08.1987 года. В официальном заявлении союзных государств, «остановились» на смерти, наступившей в прогулочном дворике тюрьмы, от «самоудушения», т.е. от механической асфиксии* в результате сдавления органов шеи петлёй, выполненной из шнура от электрического удлинителя.

По сути дела, этот вариант заключения, надо рассматривать, как наступление смерти от механической странгуляционной асфиксии в результате сдавления органов шеи петлёй под действием веса собственного тела. К тому в судебной медицине есть определённые признаки, в частности, относящиеся к особенностям расположения странгуляционной борозды (зеркального отпечатка материала петли) на шее трупа. При этом плоскость её расположения относительно горизонтальной плоскости «среза» окружности шеи (или окружности основания шеи), находится не параллельно ей (т.е. имеет не горизонтальное расположение), а под тем или иным углом к ней.

В дальнейшем, это позволило дать «общепризнанную» юридическую оценку рода смерти Гесса, как самоубийства.

Повторное заключение (повторное вскрытие) произвели в Западной Германии немецкие врачи судебно-медицинские эксперты Мюнхенского университета: профессор В. Шпанн и профессор В. Эйзенменгер. Каких-либо дополнительных материалов (объектов) к повторному судебно-медицинскому исследованию, кроме только трупа, не было представлено. Однако, несмотря, в частности, на отсутствие документальных материалов по осмотру места обнаружения трупа (места происшествия), на естественные и неизбежные «неблагоприятные» последствия технического воздействия от первичной экспертной манипуляции с трупом, немецкие врачи, тем не менее, обнаружили некоторые дополнительные данные.

Так, П. Педфилда указывает, что там, где Кемерон ничего не обнаружил, кроме «... тонкой линии, примерно 7,5 см длиной и 0,75 см шириной ... проходившей по левой стороне шеи и более заметной при освещении тела ультрафиолетовым светом ...», немецкие эксперты нашли «... отчетливо видимую красновато-бурую отметину изменяющейся ширины, идущую несколько под наклоном от высшей точки под левым ухом до середины горла и далее вправо...».

Далее Педфилд указывает: «... Когда они перевернули тело, то обнаружили обесцвеченную полосу шириной примерно 6 мм, идущую параллельно основанию шеи и обрамленную двойным красноватым следом, каждый шириной 1 см. Такой след на шее в виде трамвайного пути обычно оставляет одинарный шнур, пережавший с двух сторон кровоток. Были сделаны ... фотографии ...».



На приведённых фотографиях, из цитируемого литературного источника, зафиксировано: сверху - В. Рюдигер у тела своего отца (Р. Гесса); внизу – положение странгуляционной борозды на задней поверхности шеи трупа Гесса.



Попутно следует заметить, что классика судебно-медицинской диагностики смерти от **удавления петлёй**, констатирует именно такое (горизонтальное) расположение странгуляционной борозды на шее (т.е. следа, образующегося от материала петли), какое было обна-

ружено немецкими экспертами, особенно на задней поверхности шеи. При том, что анатомическое строение задней поверхности шеи и её кожные покровы не были подвержены каким-либо изменениям в следствие воздействия техники исполнения секционных разрезов, проведённых при первичном исследовании трупа.

«Удавление петлёй» стоит в ряду разновидностей причин смерти от механической странгуляционной асфиксии. Так, в судебно-медицинской диагностике причин смерти от удушья принято рассматривать следующую классификацию механической асфиксии от странгуляции (т.е. сдавления) шеи:

ВИД механической асфиксии: 1. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ возникает в результате сдавления органов шеи, петлёй, руками или иными тупыми предметами, а также в тех случаях, когда передняя или боковая поверхность шеи оказывается плотно прижатой, в том числе и за счет веса собственной головы к твердому предмету.

Разновидности СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ механической асфиксии:

- а) повешение;**
- б) сдавление петлёй;**
- в) сдавление руками.**

Характерное расположение странгуляционной борозды на шее трупа Гесса совпадает с трактовкой особенностей хода борозды, образующегося при обстоятельствах (способе) причины смерти – «удавление петлёй». Так, для этого характерно следующее: в типичных случаях странгуляционная борозда при сдавлении петлёй бывает горизонтально или косонисходяще расположенной и равномерно глубокой. Она также может иметь прерывистый характер, если петля была открытого типа или если под ней оказались какие-либо предметы, например, части одежды. Наиболее часто она располагается на уровне щитовидного хряща или ниже его. Судебные медики компетентны рассуждать о том, имело ли место образование того или иного повреждения (странгуляционной борозды на шее в том числе), от воздействия своей или посторонней руки (рук). В данном случае (в случае диагностики способа смерти от сдавления петлёй), возникает тот же самый вопрос для нас. Вопрос о роде смерти (убийство, самоубийство или несчастный случай?), возникает для представителей правоохранительных органов. Хотя, как показывает следственная практика, последние, большей частью базируя своё заключение по данному вопросу на суждениях

(выводах) судебных медиков. По нашей части, в рассматриваемом вопросе мы располагаем классическими суждениями на данный счёт. Они заключаются в следующем.

По роду смерти удушение петлёй чаще всего убийство. Одним из косвенных доказательств этого является расположение узла на задней поверхности шеи. Известны случаи убийства путём удушения детей, больных (престарелых, немощных людей), пьяных лиц, когда узел петли обнаруживался спереди и, соответственно, след от узла петли – на передней поверхности шеи. Случаи самоубийства, путём самоудавления петлёй, встречаются крайне редко. Профессор судебной медицины Венского университета, Э.Гофман (1901), говорил о них, как о редчайшем исключении. О чрезвычайной сложности самостоятельной реализации такого способа умерщвления себя самоубийцей, он рассуждал следующим образом: *«... нам кажется, что нетрудно собственной рукою стянуть шею посредством петли до закрытия дыхательных путей и, по крайней мере, венозных сосудов, вследствие чего вскоре наступает потеря сознания; если петля затянута узлом или рычагом, или вообще таким способом, что сжатие не уменьшается от потери сознания, то неизбежно должна наступить смерть. ...»*. Ещё очень ценное замечание, относящееся к косвенной информации, даёт здесь Гофман: *«... самоудавление чаще встречается в странах, где казнь через удушение (garot*) даёт о том достаточное представление и, так сказать пример ...»*, [153].

Такое же мнение об особенностях воспроизведения данного способа самоудушения, высказывали видные российские судебные медики Д.П. Косоротов, Я.Л. Лейбович (1926). Также относили к редчайшим случаям самоубийства способом удушения петлёй от действия собственных рук, Н.В. Попов (1938), М.И. Райский (1953), относят в настоящем А.П. Громов (1970), В.Л. Попов (2002), В.Н. Крюков (1998, 2005). Все без исключения случаи самоубийств посредством самоудавления петлёй, описанные в судебной медицине, всегда носили вычурный характер, который сразу обнаруживался на месте обнаружения трупа (т.е. на месте происшествия), [22, 109, 125, 137, 138, 139, 154].

Так, например, Д.П. Косоротовым описан подобный случай в следующем варианте: *«... Нам пришлось однажды исследовать труп старика крестьянина, который, будучи огорчен потерей небольшой суммы денег, покончил с собой таким образом: он снял себя пояс, обмотал вокруг шеи, затем просунул под пояс свой посох и закрутил его, постепенно стягивая наложенную петлю... »*, [154].

Установить, что в исследуемом случае имело место, иногда очень нелегко. Как и всегда имеет большое значение данные первичного осмотра места происшествия: где, в какой обстановке и в каком положении найден труп, материал петли, следы борьбы вокруг, на одежде и теле, следы посторонних лиц. Иногда петля может закручиваться каким-нибудь предметом (например, крутящимся механизмом станка и т.д.), что относится к обстоятельствам несчастного случая, [22, 109, 125, 137, 138, 139, 153, 154].

Возвращаясь к нашему историческому случаю, указываем на следующее. Исследование внутренних органов трупа Гесса выявило *«... выраженные кровоизлияния в конъюнктиве обоих глаз в области ушей и на внутренней поверхности скальпа...»*, т.е. на внутренней поверхности препарированных лоскутов мягких тканей головы, а также под плеврой лёгких (так называемые «пятна Тардье*»). Данное явление следует относить к, так называемым, общеасфиксическим признакам**. Общеасфиксическими признаками устанавливаются при исследовании трупа, когда смерть наступает от острого кислородного голодания. По совокупности этих данных эксперты В. Шпанн и В. Эйзенменгер пришли к заключению, что смерть узника наступила *«... в результате сдавления шеи чем-то вроде шнура.»*

К этому времени был готов заключительный отчет профессора Кемерона. Он был таким же кратким, как и указанное выше заявление союзных государств: не говорилось о способе, посредством которого Гесс ушел из жизни. Из заключительного отчета профессора следовало, что смерть наступила в результате «асфиксии» (т.е. смерть от удушья), вызванной сдавлением шеи.

Иначе говоря, категорично был установлен факт смерти от механической (странгуляционной) асфиксии в результате сдавления органов шеи петлёй. Однако в отчете не было ни слова о вероятных вариантах реализации механизма данной причины смерти. Каким способом, данная причина смерти могла быть реализована (какой вариант более вероятен?): при обстоятельствах повешения (самоповешения), или при обстоятельствах удавления петлёй от воздействия посторонней руки (или может быть собственной руки)? Это, как мы уже знаем, вполне судебно-медицинский вопрос, не выходящий за рамки компетенции судебных медиков (если, конечно, этот вопрос задают судебным медикам представители судебно-следственных органов).

Естественно, что категоричное или даже вероятностное медико-экспертное разрешение данного вопроса, например, в «сто-

рону» удавления петлёй (да ещё от посторонней руки), неизбежно инициировало бы политический резонанс, последствия которого не трудно предсказать.

Очевидно в этой связи, высокопрофессиональный и многоопытный английский судебный медик был допустимо и объективно краток. Относительно чего, правильно высказался Педфилд, указав, что заключение Кемерона являлось лаконичным и осторожным, т.е. истинно англо-саксонским по форме и содержанию.

Тем не менее, отчет профессора Кемерона (очевидно преднамеренно опускавший совокупный судебно-экспертный анализ всех материалов данного дела, содержащих кому-то «ненужные», но очевидные противоречия и информационные пробелы), дал основания к мотивации производства повторного исследования трупа по инициативе родственников покойного.

Однако, заключительные выводы немецких экспертов (В. Шпанна и В. Эйзенменгера), в которых они допустимо дифференцировали (и то, в вероятностной форме), условия реализации странгуляционной асфиксии (самоповешение или удушение петлёй от воздействия посторонней рукой?), по понятным причинам, не были приданы широкой и официальной огласке. Категорично по данному предмету, они высказаться не имели возможности, т.к. не обладали всей совокупной информацией по данному факту смерти (кроме трупа, «доставшегося» им после первичного судебно-медицинского исследования). Какая-либо допустимая инициатива экспертов, уже никого из представителей Евро-Американской Фемиды* не интересовала, кроме родственников покойного.

Как бы там ни было, но задача устанавливать категорично род насильственной категории смерти - это прерогатива следствия и суда (если на то будет их воля).

Мы же будем рассуждать далее в данной теме, что бы быть во «всеоружии», когда нас «позовут» для помощи в разрешении подобных вопросов. Но, естественно, когда «позовут» не для установления неясных обстоятельств смерти Р.Гесса (хотя и это исключить нельзя), а когда мы станем участниками юридического процесса в нашей текущей экспертной практике.

Так, криминалисты отмечают, что в *способе совершения преступления* важную роль занимает определённый комплекс волевых действий человека. Вследствие этого мотив и цель преступления решающим образом влияют на выбор средств, приёмов достижения преступной цели, определяют характер основных

действий. Присущие преступнику знания и умения, которые он использует при совершении преступления, также оказывают влияние на содержание способа совершения преступления. Знания и умения, практические навыки, придают способу совершения преступления признаки индивидуальности и специфической окраски (Г.Г.Зуйков, 1986), [31].

Обычно судебному медику в экспертном задании ставят, в частности, вопрос об определении механизма образования тех или иных повреждений, диагностированных при исследовании трупа или при обследовании живого лица. Это значит, что эксперт обязан объективно классифицировать характер повреждающей поверхности травмирующих предметов (1), диагностировать вид механического воздействия (2), направление действия травмирующей силы (3), локализацию точки приложения силы (4), кратность травматических воздействий (5), последовательность их нанесения (6), величину травмирующей силы воспроизведённых механических воздействий (7). Как правило, если в вопросах, несущих в себе цель уточнить и детализировать механизм образования повреждений, применительно к известным по делу обстоятельствам, значатся формулировки, такие как-то: «... *Каким способом... при каких обстоятельствах ... ?*» или «... *При каких условиях ... могли образоваться повреждения ?*» - то это служит, не редко, для эксперта, своего рода «табу»*, особенно при производстве первичной экспертизы. Иначе говоря, эти понятия в судебно-медицинском аспекте (при производстве первичных судебных экспертиз), практически не анализируют. Мотивировкой чему служит «постулат»- штамп, что не в компетенции судебно-медицинского эксперта рассуждать о вариантах *способов, условий* и об *обстоятельствах* причинения повреждений, т.к. это прерогатива следствия и суда, и оцениваться это должно юридически. Или облекают такой же по смыслу ответ в формулу «НПВ» (вспомните наши рассуждения с В.А. Марковым). На данную тему уже давно существуют не только обобщающие научно-методические исследования, предназначенные для прямого руководства в экспертной практике, но и конкретные подзаконные нормы (С.Н. Куликов, 1993, 1994, 1999, 1998, 2001, 2004, 2006; О.С. Куликов, 2004, 2005, 2006; И.А. Гедыгушев, 1999; И.А. Шмелёв, 2003; В.Д. Исаков, 2008), [20, 33, 54 - 59, 63, 68, 72, 74, 86, 87, 89, 120, 162].

Оправдано ли это («убегание» от проблемы в экспертных выводах) с точки зрения всестороннего толкования этих понятий, а также с точки зрения целей и задач судебно-медицинской практики?

Но прежде, следует поставить вопрос: когда судебный медик может быть задействован для решения данной задачи ?

Действительно, достигнуть здесь конструктивного результата путём только экспертной инициативы весьма проблематично, а часто просто невозможно. Почему? Во-первых, потому, что в практике следствия и суда это процессуально чаще всего не востребовано. Во-вторых, в подавляющем большинстве случаев, при выполнении первичной судебно-медицинской экспертизы, что и происходит на первоначальных этапах расследования, следственная ситуация ещё не «вызревает» до необходимости изыскивать дополнительные экспертные пути в целях анализа взаимосвязей обстоятельств, установленных по делу.

На последующих этапах расследования, осведомлённость следователя об обстоятельствах преступления, возможных доказательствах, возможностях их обнаружения и экспертного исследования, неизбежно информационно пополняется. Именно тогда и совершенно обоснованно, могут возникать вопросы к судебно-медицинскому эксперту, о которых мы рассуждали выше.

Нормы уголовно-процессуального закона, регулируют правовой механизм осуществления следственных действий, целью которых является пополнение, в частности, судебно-медицинских данных по делу, (см. ст. ст. 57, 58, 119, 168, 179, 181, 195, 199 -201, 205, 207, 283, 288 УПК РФ). К этому, в частности, следует отнести назначение комиссионной или комплексной судебной экспертизы, допрос эксперта в процессе предварительного и судебного следствия, проведение следственного, и экспертного экспериментов, участие специалиста, именно врача-специалиста в области судебной медицины, в процессе предварительного следствия и суда.

Важнейшим основанием такого процессуального взаимодействия *следователя и эксперта (или специалиста)* или *судьи и эксперта (или специалиста)*, является позитивное, в этом отношении, психологическое состояние следователя (судьи), уровень его знаний и умений, практический опыт.

Аналогичное мнение существует в теории криминалистики, где отмечают, что указанное применение процесса, становится особенно необходимым в случаях противодействия установлению истины со стороны обвиняемого (обвиняемых) и его связей, а иногда потерпевшего и свидетелей (Ермолович В.Ф. 2001; С.Н. Куликов, В.К. Толоконников, О.С. Куликов, 2004), [28, 68].

Надо иметь в виду, что существует юридическое и не юридическое (обыденное смысловое) толкование терминов: «обстоятельства», «условия», «способ».

Относительно понятия «*обстоятельства*», считают, что нельзя судебному медику анализировать, обстоятельства причинения повреждений, т.к. это не входит в его компетенцию. Да, это действительно так, если имеем ввиду обстоятельства причинения повреждений, как совершение преступного деяния, в *юридическом* смысле .

В этой связи, только юристы должны рассматривать варианты обстоятельств смягчающих или отягчающих наказание. Перечень последних изложен в гипотезах ст. ст. 61 и 63 УК РФ (об этом мы уже говорили выше). Эти обстоятельства, характеризующие преступление и личность обвиняемого, суд обязан учесть при индивидуализации наказания.

Обыденное толкование понятия «*обстоятельства*» - это явление сопутствующее какому-нибудь другому явлению и с ним связанное. Обстоятельствами называют время, место, условие, способ, т.е. предметный процесс образа действия. В этом же контексте, обратимся к толкованию понятий «*условие*» и «*способ*». Условие – это обстоятельство от которого что-то зависит, обстановка в которой осуществляется что-то. *Способ* – это действие или система действий, применяемые при исполнении какой-либо работы, при осуществлении чего-нибудь, например, механический способ обработки, воздействия и т.п. (С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова, 2005), [108] .

Отсюда видим, что понятие «*обстоятельства*», в обыденном толковании, включает в своё содержание смысловую нагрузку, входящую в понятия «*условие*» и «*способ*». Прямого юридического толкования последних не существует, (см. содержание ст. ст. 61 и 63 УК РФ)*.

Однако, очевидно, что в концовке пункта «к» части 1-ой ст. 63 УК РФ «Обстоятельства, отягчающие наказание», есть и доля судебно-медицинского компонента. Иначе говоря, юристы здесь должны учитывать при правовой оценке отягчающего обстоятельства совершения преступления, установленные особенности судебно-медицинских *признаков* применённого физического насилия. Ибо факт обнаружения данного признака (или группы признаков) в процессе судебно-медицинской экспертной деятельности, будет достоверно обуславливать (идентифицировать) *способ* совершения криминального события (в части причинения телесного повреждения).

Идентификация (идентифицировать) – дословно значит устанавливать совпадение, т.е. идентифицировать полученный объект, изучаемый в том или ином процессе, с одной стороны, относительно объекта сравнения, который известен заранее, с другой. Установить идентичность их, значит установить тождество (полное сходство) между ними. В криминалистике под *идентификацией* (позднелатинское, *identifico-* отождествляю) понимают, установление тождества объекта или личности по совокупности общих и частных признаков. Метод идентификации - это способ точного узнавания (отождествления) предметов и (или) явлений (С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова, 2005; В.А. Марков, 2007, С.Н. Куликов 2008), [78, 101, 108] .

В наших работах, мы применяем метод судебно-медицинской идентификации, механики образования травмы и способа её (механики) реализации в конкретных обстоятельствах, относящихся к делу. Тематическое направление проведённых нами исследований задал профессор В.Н. Крюков в 1986 году, (С.Н. Куликов, 1993, 1994, 1996, 2001, 2007, 2008; С.Н. Куликов, И.А. Шмелёв, 2000, 2001; С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004; С.Н. Куликов, В.Б. Клешнёва, 2004; С.Н. Куликов, В.К. Толоконников, О.С. Куликов, 2004; И.А. Шмелёв, 2003; О.С. Куликов, 2003, 2004, 2006, 2007), [54 - 66, 68, 69, 72, 77, 78, 79, 85 - 87, 89, 92, 162] .

В теории криминалистической идентификации всегда подразумевается под собой идентифицируемый объект (явление, процесс) и объект идентифицирующий (например, сравнительные материальные признаки в виде тех или иных следов). Отождествление первого составляет задачу процесса идентификации, с помощью второго решают поставленную задачу (С.Н Куликов 2007, 2008), [77, 78].

Относительно чего, мы полностью согласны с тем суждением виднейшего советского криминалиста С.М. Потапова*, которое приводит В.А. Марков (2007) в своей монографии:

«...идентификации могут подлежать все возможные материальные предметы и явления, их роды и виды, количества и качества, участки пространства и моменты времени, человеческая личность в целом и её отдельные признаки, физические свойства человека и его умственная способность, его внешние действия и внутренние психологические акты. Словом едва ли мыслимо даже простое переименование всех тех предметов и явлений, по отношению к которым возникла и может возникнуть необходимость получения ответа на вопрос о тождестве ...», [101].

При этом заметим, что многоплановое критическое развитие выдвинутой С.М. Потаповым ещё в 1940 году, теории судебно-экспертной идентификации, никак не поколебало её принципа, суть которого отражена в приведённой выше цитате.

В этой связи, вспоминается 1986 год. Когда профессор В.Н. Крюков, в наших с ним свободных диалогах на предмет проблем научных тем в судебно-медицинской травматологии, высказал оригинальное суждение о возможности, по сути дела, судебно-экспертной идентификации физических свойств человека (подозреваемого, обвиняемого субъекта), его внешних действий по морфологии повреждений опорно-двигательной системы, обнаруживаемой у пострадавшего лица. Например, при тех обстоятельствах, когда подозреваемый (обвиняемый) субъект профессионально применяет для причинения повреждений специальные приёмы рукопашного боя.

Как в криминалистической, так, по аналогии, и в судебно-медицинской экспертной задаче, установление механики образования травмы (1) и способа её реализации (2), следует рассматривать, как две неразрывные составляющие. Именно они дают представление об особенностях изучаемого процесса в целом. Под «процессом в целом», подразумеваем обстоятельства совершения криминального события, именно в части образования признаков причинения вреда здоровью или жизни. Причём последовательность отождествления происходит путём выявления идентифицирующих (идентификационных) признаков в идентифицируемых объектах, (С.Н. Куликов 2005, 2008; Марков В.А. 2007; А.Н. Васильев, 1963; Н.П. Яблоков, 1998; А.Г. Филиппов, 2005), [51-52, 69, 77, 78, 79, 101].

В этой связи считаем, что применительно к рассматриваемому нами предмету проблемы, последние могут представлять собой четыре варианта гносеологического существования.

Первый- это объекты материальной среды, например, та или иная морфологическая структура повреждений тела человека, когда их обнаруживают при выполнении судебно-медицинской экспертизы трупа или живого лица.

Второй- это диагностированная механика процесса образования этих повреждений (например, повреждений опорно-двигательной системы), т.е. как не материальный идентифицируемый объект (в форме процесса, протекающего во времени с определёнными физическими параметрами);

Третий- это идентифицируемая модель процесса в гипотезе (тоже не материальный объект исследования), которая может быть

сама представлена несколькими вариантами способа реализации установленной механики происхождения повреждения.

Четвёртый - это совокупное рассмотрение первых трёх составляющих, в процессе дифференциальной судебно-экспертной идентификации, как неотъемлемой заключительной фазы научно-экспертного анализа, (С.Н. Куликов, 1993, 2004, 2006; Шмелёв, 2003; В.А. Марков, 2007; В.Д. Исаков, 2008), [32, 54, 55, 57, 68, 74, 101, 162].

Известно, что процесс отождествления (в криминалистических и судебно-медицинских экспертизах) производят на основании выявления и сравнения идентификационных признаков, обнаруживаемых (не обнаруживаемых) в свойствах идентифицируемых объектов.

Признаком в логике считают то, в чём предметы сходны друг с другом или чем они друг от друга отличаются. В этом отношении, теория криминалистики учит, что в динамике взаимодействия материальных объектов возникает сложный процесс следообразования (взаимодействие двух объектов - следообразующего и следовоспринимающего), который является ни чем иным, как передачей информации. Иначе говоря, образуется СЛЕД, [101].

В проведенных нами исследованиях (общая хронология которых приведена выше и берёт своё начало с 1986 года), мы установили 111 признаков-повреждений опорно-двигательной системы человека, позволяющих дифференцированно диагностировать в судебно-медицинском экспертном процессе 20 способов причинения повреждений (невооруженным человеком в частности). По сути дела, повреждения, номенклатуру которых мы установили (111 повреждений) являются идентифицирующими признаками или СЛЕДАМИ динамики взаимодействия материальных объектов. Так, факт обнаружения данного признака (или группы признаков), будет достоверно обуславливать (идентифицировать) *способ* совершения криминального события (в части причинения телесного повреждения, путём применения специального приёма борьбы). Факт не обнаружения такого следа (следов), в случае неполноценного состояния объекта исследования, будет также нести информацию, но естественно, со знаком «минус».

Однако знак «минус», порой нельзя принимать, как истинный факт отсутствия того или иного признака (что его не было раньше, например, до изменения свойств изучаемого объекта). Так как, например, сам объект исследования судебно-медицинской эксперти-

зы (труп, медицинская документация), может быть в изменённом (или ненадлежащем) состоянии. Например, труп – в состоянии далеко зашедших гнилостных изменений (что кардинально изменяет свойство объекта), а медицинские документы мало информативны в силу их технически небрежного оформления (или выполнения) в точности – нечитабельные рентгенограммы. Естественно то, что рассматриваемые нами признаки не изменяют свойства биологического объекта, а отражаются на нём (в нём) в той или иной мере, насколько эти свойства способны реагировать, в частности, на механические воздействия внешней среды в силу своих анатомических и физических особенностей.

С другой стороны, практика иногда иллюстрирует обратную картину. Когда те или иные признаки (следы воздействия чего-либо), на объекте с неизменёнными свойствами не обнаруживали. Но в силу определённых обстоятельств, на этом же объекте, но уже с изменёнными свойствами его, в силу естественных посмертных процессов (состояние гнилостного распада), при повторном его экспертном изучении обнаруживают явные морфологические признаки травмы прижизненного происхождения.

В этой связи, вспоминается интересный судебно-следственный прецедент. В процессе всесторонней юридической оценки медико-экспертных данных не «замечали» сноску на изменение свойств объекта, что в конечном итоге привело к парадоксальной проекции времени причинения опасного для жизни повреждения, закончившегося смертью, на лицо, явно и фактически, не имевшего к этому действию никакого отношения (по **месту и времени** присутствия). Основа медико-экспертной коллизии заключалась в том, что при повторном судебно-медицинском исследовании трупа умершего лица (исследование было произведено спустя шесть суток после первичного и труп, без признаков надлежащей бальзамации, в течении указанного времени находился дома у родственников покойного), были обнаружены кровоизлияния в мягких тканях, окружающих верхние шейные позвонки и «размятие спинного мозга» на этом уровне. Это было интерпретировано, как последствие ротационного смещения верхних шейных позвонков. Тогда как, при первичном судебно-медицинском исследовании трупа, такие морфологические данные отсутствовали. Ведь, при их наличии (на данный момент), даже без углублённой препаровки тканей шеи, «сигналы» о закрытой травме шейных позвонков такого механизма происхождения, эксперт не мог не увидеть. Не увидеть

тотчас, по выделению органов шеи из трупа при производстве его первичного судебно-медицинского исследования. Данное явление всегда выражено в форме кровоизлияний под переднюю продольную связку шейного отдела позвоночника. Срез ствола мозга, в большом затылочном отверстии основания черепа, видится сразу в ненормальном состоянии. Он отёчен, с кровоизлияниями под оболочки, [77,79,162; См. ПРИЛОЖЕНИЕ 1 монографии].

Отсюда, считаем, что судебно-медицинским **идентификационным признаком, следует считать факт установления (не установления) повреждения, следа, внешнего и (или) структурного признака в определённых свойствах медико-биологических, и иных объектов, относящимся к процессам и явлениям в предмете обстоятельств, расследуемых по делу.**

Установленные и устанавливаемые нами признаки, мы относим к материальным **идентификационным признакам**, выраженным в форме тех или иных повреждений-маркёров, например, опорно-двигательной системы. Последние позволяют идентифицировать процесс реализации механики происхождения травм, т.е. процесс, прошедший во времени, заключавшийся во взаимодействии объектов материальной среды (человека и другого человека или человека и предмета и т.д.). Таким образом, идентифицируем процесс, последовательность динамики его развития в пространстве (точнее способ) причинения физического вреда. Объектами экспертного исследования здесь являются: трупный материал (труп, изъятые из трупа препараты опорно-двигательной системы); живые лица; медицинские документы иные материалы дела.

В этом отношении, как экспертная практика, так и практика поиска в отдельных научных исследованиях, невозможна без применения эксперимента (экспериментального метода).

Метод (от греческого, *methodos* – исследование), способ, порядок исследования, принцип, лежащий в основе изучения жизни. Принятый путь, в виде общих правил действий для достижения чего-либо, [25, 147].

Организация и производство экспериментального метода исследований в разрешении вопросов, относящихся к предмету судебной медицины, сложная задача. Для надлежащей реализации экспертных методов исследований, нам необходима продуманная *методология* их осуществления. Коротко о методологии можно сказать, что это учение о структуре, логической организации, методах и средствах деятельности, иначе говоря, это система методов, [10].

В работах, о которых речь пойдёт ниже, нами была использована система методов в организации и оценке экспериментальных исследований, обычно применяемая при выполнении, как практических экспертных, так и научных исследований в судебной медицине (сравнительный метод, метод качественного анализа, логический метод, ситуационный анализ и т.д.). По сути дела, применение экспериментального метода, образно говоря, содержит в себе принцип «матрёшки», когда одна проблема «тянет» за собой другую.

Это, например, формальная проблема разделения эксперимента на следственный эксперимент, экспертный, и научный. Это проблема ограничений в планировании и производстве экспериментальных исследований в медицине, связанная, прежде всего, с вопросами права и биоэтики. Это, в конце концов, проблема рационального планирования и организации экспериментальных исследований, тесно связанная с вопросами материально-экономических затрат.

Так, при планировании экспериментальных работ в судебной травматологии, очень важен вопрос выбора типов ограничений. При этом вообще, в экспериментальной науке принципиально выделяют три типа ограничений. Первый тип - ограничения для значения факторов, которые не могут быть нарушены ни при каких обстоятельствах. Второй тип - ограничения, связанные с технико-экономическими соображениями (стоимостью сырья, дефицитностью отдельных компонентов). Третий тип - ограничения, которые связаны чаще всего с конкретными условиями проведения процесса, такими, например, как-то: существующей аппаратурой, технологией, организацией и т.д. (С.Н. Куликов, 2000, 2005, 2006; С.Н. Куликов, И.А. Шмелёв, 2000; С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004; О.С. Куликов 2004), [60, 61, 66, 69, 74, 86].

В наших специальных исследованиях, к первому, так называемому безотлагательному типу ограничений, кроме точного определения границ факторов эксперимента, следует отнести правовое ограничение в выборе природы его объекта. В первую очередь это касается использованию в этих целях биоманекена (трупа). Последнее ограничение необходимо неукоснительно выполнять в связи с запретительной правовой установкой УК РФ, изложенной в части гипотезы ст. 244 «Надругательство над телами умерших ...». В этой связи, мы уже неоднократно обращали внимание на то обстоятельство, что с 1 января 1997, научная целесообразность и

реализованное проведение экспериментальных исследований на «биоманекенах» (дословно – на трупах) «неожиданно» для экспериментатора может быть формализована юридически в состав уголовного преступления, согласно комментариям к указанной выше статье уголовного кодекса. Тем не менее, существует ряд организационных и юридически регламентированных положений, позволяющих согласно биоэтическим нормам поведения, проводить научные исследования на трупном материале, изготавливать, например, анатомические музейные макропрепараты. Использовать не консервированные (не подвергшиеся бальзамации*) препараты фрагментов опорно-двигательной системы, изъятых в ходе исследования трупа, в экспериментальных исследованиях, (С.Н. Куликов, 2000; С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004), [61, 66].

Учитывая указанные обстоятельства, подход к выбору природы объекта в наших исследованиях приобретает комбинированный характер, что исходит из правовых ограничений (1) и ограничений по технологии и оптимизации проведения самих экспериментов (2).

Помня об указанном выше безотлагательном ограничении, подходили к выбору объекта эксперимента комбинационно, исходя из пределов возможного и необходимого.

Так, выбирали четыре вида объектов: 1- объект физический «первого рода», в форме не консервированного препарата определённой зоны опорно-двигательной системы (изъятый от трупа); 2- модель предыдущего объекта, в форме экспериментального комплекса, состоящего предмета, отражающего основные кинематические элементы восприятия ударных нагрузок (количество их и направление силовой нагрузки); 3- объект физический «второго рода». Последний представляет собой статиста, производящего силовые ударные нагрузки на воспринимающую площадку, которой придают необходимое пространственное положение с целью максимального воспроизведения эргономического компонента в эксперименте; 4 - комбинированный объект, состоящий из объектов «первого рода» и «второго рода». Причём комбинированный объект эксперимента, применяют после отработки исследований на объектах первых трёх видов. Такая последовательность позволяет в ходе первых серий экспериментов, выстроить математическую модель применявшегося внешнего силового воздействия и изучаемого природного объекта. Последнее позволяет достаточно точно описать его свойства, заключающиеся в определённых вариантах его «откликов» на заданные разновидности силовых нагрузок.

Оптимизация экспериментальных исследований является в данном процессе ключевой задачей, определяющей рационализм исследования и, в конечном итоге, необходимую достоверность полученных результатов. Для оптимизации исследовательского процесса важно объективно задать факторы эксперимента.

Надёжность судебно-медицинской идентификации отдельных условий реализации механики «тупой» травмы сочленяющихся биокинематических фрагментов опорно-двигательной системы зависит от выявления определённых группировок её признаков-повреждений. Повреждений её сумочно-связочных и костных элементов, (С.Н. Куликов, 1993, 1994, 2007, 2008; С.Н. Куликов, В.К. Толоконников, О.С. Куликов, 2004; И.А. Шмельёв, 2003), [54, 55, 68, 77, 78, 162].

Значит, требуется подобрать такие группы признаков-повреждений или отдельно взятые признаки-повреждения, чтобы надёжность морфологической диагностики (идентификации) способа, т.е. выбранных условий реализации механики «тупой» травмы указанных зон опорно-двигательной системы, повысилась.

Сама постановка задачи указывает на то, что существующая надёжность диагностики не удовлетворяет экспериментатора и требуется поиск таких условий, при которых её значения повысятся.

Задачу такого содержания, в теории планирования научного эксперимента называют экстремальной. Данная задача подразумевает следующее: посредством эксперимента, определить состав многофакторного физического воздействия, который будет формировать только ему свойственную оптимальную морфологию повреждения отдельно взятой зоны опорно-двигательной системы. Применяемый здесь эксперимент, системно учитывающий многофакторность условий его воспроизведения, называют экстремальным или полным факторным экспериментом. При моделировании условий эксперимента выделяют группы факторов воздействия на объект и уровни выбранных факторов. Последние должны оптимизировать параметры выходных экспериментальных данных. Таким образом, результаты эксперимента используют для получения математической модели объекта исследования, которая представляет собой уравнение, связывающее параметр оптимизации и количественные значения факторов и уровней факторов. Данную тактику постановки опыта и обработки полученных результатов, применяют в технологии экспериментов, используемой в различных областях техники, (С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004), [66].

Однако вначале, на основе априорной* информации необходимо выбрать основные уровни факторов и интервалы варьирования их. Это особенно важно, т.к. рациональный подбор данных параметров позволяет прогнозировать возможные состояния объекта по проведению эксперимента («выходные результаты»), а также планировать количество самих экспериментов.

Например, возьмём один цикл экспериментов применительно к нашим исследованиям, где изучаем только варьирование силы удара (рукой, ногой) невооруженного человека. Нанесение и регистрация ударной силовой нагрузки происходит через воспринимающую площадку экспериментального стенда. Последняя всегда имеет определённую пространственную ориентацию относительно статиста. Количественное значение силы удара рукой, у мужчины может зависеть от следующих факторов.

1- от веса тела; 2- от возраста; 3- от степени обладания навыками какого-либо вида физической борьбы; 4- от количественной характеристики становой силы; 5- от количественной характеристики мышечной силы кисти; 6- от способности произвести жим рукой, под определённой нагрузкой (16, 24, 32 кг и д.т.). Это основные факторы. Каждый из них имеет определённые уровни, которые также необходимо «заложить» в программу экспериментов. Рассмотрим примерную разновидность данных факторов и уровней их. Первый фактор (весовая категория) - 50 - 60, 60 -70, 70-80, 100 и более 100 кг, т.е. четыре уровня данного фактора. Второй фактор (возрастные группы) - 17-21, 22-35, 35-60, 60-70 лет, т.е. четыре уровня данного фактора. Третий фактор (степень владения навыками приёмов борьбы) – «не ознакомлен с навыками приёмов борьбы»; «ознакомлен с навыками приёмов борьбы»; «имеет разряд»; «имеет разряд мастера», т.е. четыре уровня данного фактора. Четвёртый фактор, это становая сила. Её величина может варьировать в пределах 120 кг, 150 кг, 180 кг, 200-250 кг, т.е. имеем четыре уровня данного фактора. Пятый фактор (сила кисти) - 30 кг, 40 кг, 50 кг, 60 и более кг, т.е. четыре уровня данного фактора. Шестой фактор (количество подъёмов рукой 32 -х килограмм) - 0 раз, 2 - 5 раза, 5 -10 раз, более 10 раз, т.е. четыре уровня данного фактора.

Теория планирования многофакторного эксперимента учит, что если число выбранных уровней факторов возвести в степень числа самих факторов, то получим число различных состояний объекта «на выходе». Иначе говоря, получим номинально, количество самих экспериментов, которое теоретически возможно вос-

произвести при данных факторных комбинациях. Отсюда можно рассчитать функцию отклика или наиболее оптимальные варианты реакции объекта на действия выбранных факторов, (С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004), [66].

Применив данный принцип расчёта для решения нашей задачи, возводим количество выбранных уровней факторов (четыре) в степень количества самих факторов (шесть). Получаем количество состояний объекта «на выходе», равное 4096. Это и есть количество возможных экспериментальных комбинаций по данной теме научного поиска.

Очевидно, что в постановке такого количества экспериментов, по избранному направлению исследований, нет необходимости. Это нецелесообразно даже в силу экономических и временных затрат, не говоря уже о психологических аспектах восприятия такого количества данных.

В этой связи необходимо целенаправленно планировать экспериментальные исследования посредством активного вмешательства в процесс выбора. Необходимо выбирать такие факторы, которые в наибольшей степени представляют интерес применительно к поставленной задаче. Объект эксперимента, в этом смысле, должен быть управляем. При этом эксперимент называют активным. Основная цель состоит здесь в минимизировании количества экспериментальных исследований, в первую очередь не в ущерб достоверности конечных результатов, что и составляет вполне реальную задачу.

Логический инструмент, позволяющий достичь указанное, заключается в комбинации применения рационального варьирования интервалов выбранных факторов, в выборе основного их уровня, прежде всего на основе априорных знаний и математическом построении обобщенной функции отклика.

Таким образом, планирование полных факторных экспериментов применительно к указанным исследованиям в судебно-медицинской травматологии, активно способствует выстраиванию последовательной цепи научно-поисковых действий. Последовательный состав этой цепи таков: 1-формулировка цели исследования; 2- выбор объекта или комбинации объектов; 3- оптимальный выбор факторов и их уровней; 4- проведение отдельных серий опытов в зависимости от объекта и группы выбранных факторов; 5- анализ реакций (откликов) объекта на воздействия выбранных факторов; 6- математическая обработка результатов откликов

объекта; 7- обоснованная констатация выводов о диагностической значимости специфических и характерных признаков-повреждений, локализующихся в выбранных зонах опорно-двигательной системы; 8- построение математической модели биомеханики и морфологии травмы (С.Н. Куликов 1993, 1994; С.Н. Куликов, В.К. Толоконников, О.С. Куликов, 2004; С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004; И.А. Шмелёв, 2003), [55, 56, 57, 66, 68, 162].

Такой алгоритм действий, с учетом объективно существующих ограничений, считаем наиболее рациональным и возможным для достижения поставленной цели. Главное, что выбор пути к достижению цели не формализован.

Да, в научном эксперименте, тиски излишних формальностей (только излишние формальности, относительно научного планирования данных исследований), очевидно, необоснованно тормозят процесс и так или иначе могут превратить его в «Сизифов* труд».

Но, вместе с тем, форму процесса следственного эксперимента, выполнять необходимо в полной мере.

Так, пункт 8.8.10. раздела VIII Инструкции по организации и производству экспертных исследований в Бюро судебно-медицинской экспертизы, утверждённой Приказом Минздрава РФ от 24 апреля 2003 г. № 161, в частности, гласит: «8.8.10. *Проведение судебно-медицинских исследований по реконструкции событий (ситуационных исследований) всегда начинают с изучения материалов следствия и выполненных по делу экспертных исследований (судебно-медицинских и криминалистических)...*». В дальнейшем – Инструкция. Вместе с тем, перечисляют этапы выполнения исследований, указывая, на то, что экспериментальные исследования выполняют с учетом результатов анализа объективных данных. При этом, формулировку «... экспериментальные исследования...», в смысловом отношении не дифференцируют на организационно-процессуальные формы.

В пункте 8.8.11. Инструкции, относительно особенностей исследовательской части экспертизы реконструкции событий указывают: «...*экспериментальную часть исследований можно проводить либо как **следственный эксперимент** (тогда анализ полученных экспериментальных данных проводит эксперт по материалам дела), либо в порядке **экспертного эксперимента** ...*» (выделение текста наше). Отсюда видно, что следует различать следственный и экспертный эксперимент особенно по содержанию функциональ-

ного регламента, выполняемым судебно-медицинским экспертом, при осуществлении экспериментального исследования в ходе производства исследовательской части ситуационной экспертизы (1) и в процессе проведения следователем (судом), следственного эксперимента (2).

Уголовный процесс обоснованно относит **следственный эксперимент** к сложному по структуре **следственному действию**, которым является проверка опытным путем или в ходе испытаний, доказательств, вызвавших сомнения в их достоверности, в условиях, максимально приближенных к расследуемому событию. Решение об эксперименте принимает следователь. Основанием для проведения экспериментальной проверки является личная инициатива следователя, инициатива суда, возникшая под воздействием сомнений в достоверности доказательств. Следственный эксперимент также может производиться по ходатайству участников процесса или по указанию прокурора. При этом уголовный процесс указывает, что при «...необходимости...», в следственном эксперименте могут принимать «... участие ...» эксперты и специалисты. При этом содержание понятия «... участие ...» эксперта (специалиста), остаётся без детального рассмотрения (ст. ст. 181, 288 УПК РФ).

Процессуальное толкование **следственного эксперимента**, в зависимости от цели экспериментирования, выделяет ряд видов этого следственного действия. К нему относят: 1- эксперимент, направленный на проверку восприятия фактов; 2- эксперимент по проверке возможностей совершения определённых действий; 3- эксперимент по проверке вероятности наступления событий; 4- эксперимент по проверке последовательности событий; 5- эксперимент по проверке механизма образования следов (С.А. Шейфер, 2003), [43].

При этом, исходя из посыла поставленной выше проблемы, относящейся к вопросу судебно-медицинской диагностики механогенеза повреждений, идентификации обстоятельств его реализации, целесообразно рассмотреть юридическое толкование следственного эксперимента 3-его (1) и 5-ого (2) видов, т.к. их смысловое содержание более всего подходит к изучаемой нами теме.

Так, в первом из указанных видов следственных экспериментов (эксперимент по проверке возможностей наступления событий), рассматривают «событие» как юридический факт. Наличие его определяет возникновение уголовно-процессуальных отношений, если событие есть само преступление, например, нанесение

телесных повреждений, причинение смерти. В событии рассматривают возможность совершения конкретных действий субъекта преступления, т.е. лица, причинившего вред здоровью или жизни. Например, необходимо выяснить возможность, как был нанесён удар (рукой, ногой), в какую часть тела, с какой силой, количество воздействий, могло ли рассматриваемое воздействие рукой оказать те или иные последствия в динамике события, или образования тех или иных повреждений и т.д. .

Поисковое содержание, выбранного нами другого вида следственного эксперимента (эксперимент по проверке механизма образования следов), применительно к рассматриваемой нами проблеме судебно-медицинской травматологии, по сути своей перекликается с содержанием эксперимента по выяснению возможности происхождения события. Уже саму задачу в следственном эксперименте «... проверка механизма образования следов...», нам следует интерпретировать, как установление возможности образования повреждений той или иной морфологии, от воздействия тупыми предметами, в роли которых выступают части тела человека, когда последний применял специальные приёмы борьбы без оружия.

Как видно, цели выбранных видов следственных экспериментов непосредственно «выходят» на проблему установления обстоятельств (условий) реализации механики образования повреждений и (или) только факта воздействий на отдельные зоны опорно-двигательной системы, вызывающих преходящее нарушение функции, т.е. на реконструкцию событий в ситуационных экспертных исследованиях.

На наш взгляд, практика участия судебно-медицинского эксперта (специалиста) в следственном эксперименте, не редко может быть «стеснена» фактической динамикой течения данного следственного действия, т.к. последнее сложно во взаимодействии между самими участниками его. Состав участников (кроме, например, экспертов и следователя), довольно обширен, хотя и процессуально необходим. Это и обвиняемый, а также потерпевший, статисты, понятие, представители интересов сторон (адвокаты), лица, осуществляющие охрану места проведения следственного эксперимента. К тому же следственный эксперимент, в силу сложности своей организации, протекает чаще всего, как говорится, «одноактно» (несмотря на повторность экспериментальных «постановок»). При этом следователь старается интенсифицировать проверочные

испытания в воссозданной предметной обстановке следственного эксперимента. Это может создавать излишнее психологическое напряжение у эксперта, особенно когда эксперт до этого заранее, детально не апробировал возможные варианты версий обстоятельств причинения повреждений при экспериментальных исследованиях в ходе производства исследовательской части ситуационной экспертизы. К тому же, не исключены конфликтные ситуации - отказ обвиняемого или подозреваемого в продолжении эксперимента, что естественным образом, может отвлекать внимание эксперта и снижать его исследовательские способности на данный момент (С.Н Куликов 2006), [74].

В этой связи, эксперту, к указанному следственному действию надо быть подготовленным, т.е. раньше провести судебно-медицинские исследования по реконструкции событий согласно методологии их производства, изложенной в пункте 8.8.10. Инструкции. И самое главное, до участия в следственном эксперименте, именно в судебно-медицинском процессе, провести возможные экспериментальные исследования по каждой проверяемой экспертной версии, хотя бы на уровне их абстрактных моделей, (С.Н. Куликов, 1996, 1998, 1999, 2001, 2004, 2005, 2006; О.С. Куликов, 2004), [57, 58, 59, 63, 69, 68, 72, 86].

Однако, несмотря на всю сложность осуществления рассматриваемого метода исследования, эксперимент даёт возможность применять объективно совокупную оценку научных данных (что непосредственно относится и к судебно-экспертной практике), кардинально помогая разрешать вопросы судебно-медицинской экспертизы по материалам конкретных дел.

Так, поздней осенью 2004 года, нас как специалистов, обладающих специальными познаниями в области криминалистики и судебной медицины, по всем правилам уголовного процесса, что называется «позвали» поучаствовать в **следственном эксперименте** по делу, обстоятельства которого, содержали в себе версии, подобные тем, которые мы уже рассматривали выше (по факту обстоятельств смерти Р. Гесса). Нас – это ведущего автора настоящей монографии и моего учителя, в юриспруденции и криминалистике (В.А. Маркова). Но разница в том, что умерший субъект, по данному делу, не был каким-либо политическим деятелем (тем более такого одиозного характера). Рассматриваемая следственная ситуация, сложившаяся к тому времени, логически (и процессуально) подошла к тому, что в ходе следственного эксперимента,

в подлинной предметной обстановке места происшествия (места наступления смерти от механической strangulationной асфиксии), необходимо было дифференцировать обстоятельства (способы) причинения смерти: 1- или имело место повешение субъекта в петле (самоповешение)?; 2- или имело место удушение потерпевшего петлёй от действия посторонних рук (что, естественно расценивалось бы, как убийство- как род наступления насильственной смерти)? На последней версии особенно настаивали родители умершего молодого человека 19 лет. По их мнению, смерть его наступила именно при обстоятельствах смерти по второму варианту и, якобы, «осуществили» это злодеяние бывшие друзья его сожительницы. Место происшествия представляла ванная комната её жилой квартиры. Петля – изъятый по делу, поясной брючный ремень, продетый в пряжку, свободный конец которого был, со слов сожительницы парня (гр.-ки П. ...), привязан узлом за водопроводную трубу. Труба проходила по потолку, как раз над ванной. Из показаний сожительницы (формально подозреваемой в преступлении по признакам, содержащимся в ст. 125 УК РФ «Оставление в опасности»), следовало: *« ... ночью я услышала, что Н. ... встал с постели и пошёл в ванную. Вскоре там раздался какой-то шум, вроде бы что-то упало ... Я быстро пришла в ванную комнату и увидела, что Н. ... висит в полный рост в петле из ремня, конец которого привязан узлом к трубе на полочке, что над ванной ... Одна нога его была за бортом ванны, а другая внутри её. Я подошла к нему, левой рукой охватила его за пояс, пытаюсь приподнять, но он вообще высокий и тяжелый. Я как могла, пыталась его приподнять, а другой рукой, правой, одновременно дёрнула за привязанный к трубе ремень. Он развязался. Причём дернула за ремень один раз ... Н. ... оказался у меня на руках, но я не могла сама его вытащить из ванны и как могла осторожно опустила Н. ... в ванну. Н. ... в этот момент шумно дышал, но был, кажется без сознания. Я оставила его в ванной лежать, только сходила за подушкой и подложила её ему под голову. Потом я снова легла спать в комнате ... Утром, часов в семь, я обнаружила Н. ..., лежащим там же в ванной, он уже не дышал и был холодный ...т.е. я поняла, что он мертв. Я тотчас позвонила его родителям, они быстро приехали ...»*. Представить реакцию приехавших родителей умершего, можно во всех деталях.

Родители, буквально с привлечением местных средств массовой информации, настаивали на версии по второму варианту. Мы в полной мере понимали всю ответственность, лежащую на нас при

участии в этом следственном действии. Надлежащим образом, по данному факту было произведено вначале судебно-медицинское исследование трупа. В дальнейшем, по возбуждению уголовного дела, была произведена комиссионная судебно-медицинская экспертиза. Где нами (С.Н. Куликов), было высказано мнение, что наиболее достоверно и дифференцированно решить вопрос о **способе** причинения механической странгуляционной асфиксии (удавление петлёй или самоповешение?) возможно только по проведению следственного эксперимента в максимально воссозданной предметной обстановке места происшествия. Это следственное действие в дальнейшем состоялось в помещении квартиры, где и произошла трагедия.

В первой фазе следственного эксперимента подвергалась проверке первая версия (самоповешение), т.е. наступление смерти от механической странгуляционной асфиксии от сдавления органов шеи петлёй при повешении под действием веса собственного тела. Статист, выполнивший роль Н. ..., был таких же антропометрических данных. Н. ... действительно был рослым молодым человеком (около 190 см рост), умеренного питания. Большое внимание уделили воссозданию хода странгуляционной борозды на шее погибшего.

Так, при судебно-медицинском исследовании его трупа, в этом отношении было установлено: «... **ПОВРЕЖДЕНИЯ:** на шее в средней трети располагается одиночная, замкнутая, косо-восходящая, направленная снизу вверх и спереди назад странгуляционная борозда. Верхний край борозды располагается от подбородка на расстоянии 6 см, от угла нижней челюсти слева на – 4,5 см, справа – 4 см, от сосцевидного отростка слева на 5 см, справа – 5,5 см.. Правая и левая ветви борозды соединяются между собой на задней поверхности шеи и образуют плавно-овальную линию, выпуклостью обращённой вверх, центр которой располагается на уровне границы волосистой части головы по средней линии. Наиболее четко края борозды выражены по переднебоковым поверхностям шеи. По заднебоковым поверхностям шеи края и дно борозды выражены умеренно. Дно борозды на ощупь в его наиболее выраженных участках плотное, подсохшее, слабо выраженной желтовато-коричневато окраски. Дно борозды шириной на передней поверхности шеи – 1,7 см, на левой боковой – 1,5 см, на правой боковой – 1,6 см, на задней поверхности шеи – 1,3 см. Дно борозды ниже уровня краёв на 0,2-0,3 см, таким образом. борозда в профиль желобообразной

формы. По верхнему и нижнему краям борозды, по переднебоковой поверхности шеи справа, видны редко расположенные, внутрикожные мелкоточечные темно-красные кровоизлияния, на протяжении около 4 см ...».

В этой связи, фломастером и шариковой ручкой, с согласия статиста, на шее его, был воспроизведён рисунок хода странгуляционной борозды в точности по описанию её, указанному выше.

Следующий шаг, воссоздания предметной обстановки, заключался в фиксации петли из поясного ремня изъятого по делу, к водопроводной трубе (как показывала П. ...). Это действие, как и положено руководителю процесса, выполнял следователь прокуратуры. Судебный эксперт (или специалист), привлекаемый в юридический процесс – есть лицо нейтральное и независимое от сторон (стороны обвинения и стороны обвиняемой, подследственной подсудимой). Однако, когда следователь в течение многократных и безуспешных попыток, продолжавшихся почти полчаса у всех на глазах (понятых, родителей умершего, специалистов и экспертов, адвокатов), привязать свободный конец ремня к трубе (ремень тотчас же соскальзывал при потягивании его вниз за узел) – по крайней мере на тот момент, у нас закралось субъективное сомнение в правдивости показаний сожительницы умершего. Невольно началось формироваться негативное отношение к версии самоповешения. Но вот петля из ремня всё-таки зафиксирована к трубе. Далее самый экстремальный момент эксперимента. Наступила роль статиста. Естественно страховали его с обеих сторон (в четыре руки). Была задача – зафиксировать документально (на фото- и видеосъёмке) положение петли из ремня на шее статиста, в том положении его тела, которое максимально соответствует показаниям гр.-ки П., для чего хоть чуть-чуть, но «провиснуть» в петле надо было. В этот момент увидели все (в том числе и родители погибшего), что петля ровнёхонько «легла» на нарисованную «трассу» хода странгуляционной борозды («узел» петли располагался сзади, что говорило о типичном её расположении). Самый острый момент закончился. Статист может уже свободно стоять в ванной. Предложили П. ... показать свои дальнейшие действия, о которых она ранее давала показания. П. ... подошла к статисту, охватила его левой рукой на уровне пояса, правую руку максимально подняла вверх и один раз резко потянула вниз за свободный конец петли. Узел развязался моментально. Это видели все (это видели родители умершего), этот факт также был надлежащим образом доку-

ментально зафиксирован. Предметное воссоздание второй версии («удавление петлёй») в нескольких эпизодах следственного эксперимента, показало её полную несостоятельность.

Таким образом, способ причинения смерти, наступившей от механической strangulationной асфиксии, доказательно и категорично был выявлен следственным путём, посредством экспериментального моделирования ситуации, что кардинально повлияло на оценку виновности П.

Во второй части данной главы рассмотрим аспекты судебно-медицинской идентификации способа причинения физического вреда, относящегося к конкретным обстоятельствам уголовных дел, исходя из оценки функциональной особенности кисти, как наиболее мобильного фрагмента руки, могущей материально «передавать» признаки поведенческих вариантов субъекта обвинения.

1.2. Судебно-медицинская оценка функции кисти в установлении обстоятельств преступления с применением огнестрельного оружия

Общеизвестно, что анатомо-функциональные особенности руки сложились в процессе труда. При этом обоснованно считают, что кисть является не только исполнительницей воли человека, но и воспитательницей сознания, строительницей мозга в процессе эволюции человека разумного. Подтверждением чему служит площадь территории проекции кисти и пальцев руки по Пенфилду-Расмуссену в границах передней и задней центральных извилин коры больших полушарий мозга. Распространённость данной соматотопической проекции на указанных участках коры почти равна площади проекции остальных участков тела (В.В. Михеев, П.В. Мельничук, 1981; М.Р. Сапин, Г.Л. Билич, 2001), [2, 106].

Кисть выполняет статическую, динамическую и сенсорную функции. Следуя поставленной задаче, остановимся на механической функции кисти, обуславливающей процессы динамики и статики её опорно-двигательного аппарата.

В рассматриваемой проблеме нам интересен способ совершения преступления, как факультативный элемент его объективной стороны. При этом не погрешим против истины, если укажем, что именно способ совершения преступления коренным образом определяет его объективную сторону, в которой правонарушение получает свое внешнее (материальное) выражение. В этой связи Л.И. Спиридонов уместно приводит высказывание Гегеля*: *«Ряд поступков субъекта, это и есть он сам»* (Л.И. Спиридонов, 1996), [146].

Это бывает особенно показательно при расследовании преступлений против личности, связанных с причинением вреда здоровью и жизни, посредством применения специальных приёмов борьбы без использования оружия. Данная проблема, особенно в настоящее время, не потеряла своей актуальности. Субъект, владеющий навыками рукопашного боя, всегда «вооружен». При различных обстоятельствах применения этого «оружия», умышленно или по неосторожности, может быть реализована причинная связь между общественно опасным действием (применением, например, болевого приёма) и наступивши вредом. Последний всегда выражен материально. В форме тех или иных повреждений, в частности, опорно-двигательной системы человека, а именно, в определённых

материальных следах: в травмах суставов, переломах трубчатых костей, повреждениях опорно-связочного аппарата шейного отдела позвоночника, о чём мы уже указывали выше.

Вместе с тем, воспроизведение специальных приёмов борьбы, в частности, «болевых», может не только прямо отображаться в материальных следах, указанных выше, но и опосредованно влиять на обстоятельства совершения преступления, придавая этому процессу специфическое течение, влияющее на юридическую оценку формы вины и вариантов обстоятельств, смягчающих или отягчающих наказание.

Например, такое значение может иметь применение в определённых обстоятельствах, болевой приём «дожим кисти».



На данной фотографии отображено положение насильственной флексии кисти «атакуемого» (справа), в условиях воздействия болевым приёмом «дожим кисти».

Известно, что запрещённая насильственная флексия кисти вызывает выраженное болевое ощущение в лучезапястном суставе, которое по сути подавляет волю субъекта к сопротивлению и создаёт условие невозможности удержания в руке какого-либо предмета, например, ножа, пистолета и т.д., (С.Н. Куликов 1993, 1994; О.С. Куликов 2003; О.С. Куликов, Выборнов В.Н. 2005), [54, 55, 85,87].



Технически, данный приём борьбы могут выполнять (как вариант) следующим способом.

На крупном плане фотографии отображено проведение первой фазы болевого приёма «дожим кисти». Обеими руками захватывают кисть вооружённой руки противника, вызывая запрещёльную

ладонную гиперфлексию (от 80 до 100-110 градусов) в лучезапястном суставе, посредством форсированного нажима на тыл кисти атакуемого обоими первыми пальцами. Так выглядит один из множества вариантов воспроизведения данного приёма борьбы.



На следующей иллюстрации, зафиксирована невозможность выполнения надёжного ладонно-пальцевого захвата рукоятки пистолета уже в первую фазу приёма «дожим кисти». В положении кисти «атакуемого», хорошо видна функциональная несостоятельность дистальных отделов второго пальца «от-

ответственного» за нажатие на спусковой крючок пистолета. По сути дела, для этого и существует целесообразность применения данного приёма борьбы, входящего в категорию приёмов «обезоруживания, обыска и доставления». При этом требуется применение незначительной силовой нагрузки, составляющей около 20 кг (килограмм-силы). Вторая фаза приёма, связана с последующей наружной ротацией кисти «атакуемого», что безусловно довершает целенаправленность этого насильственного действия, (С.Н. Куликов, 1993), [54].

В 2002 году, мы были привлечены в процесс расследования по уголовному делу, возбужденному по факту причинения тяжкого вреда здоровью, в качестве специалистов. Так, из показаний потерпевшего гр. Н. 22 лет следует: « ... Когда я упал, Д. подбежал ко мне с пистолетом в правой руке и произвёл выстрел мне в живот ... ». Обвиняемый по делу, гр. Д. 25 лет показал: «... Я пытался отобрать пистолет из правой руки Н. с помощью болевого приёма, т.е. его кисть с пистолетом максимально согнул ему двумя руками, при этом я сам, курок и спусковой крючок не нажимал, но произошёл выстрел. Пистолет в правой руке Н., был обращён к нему отверстием ствола к животу. Он сам выстрелил себе в живот, случайно нажал на спуск ... ». Иначе, обвиняемый показывал, что применил к потерпевшему, с целью обезоружить его, болевой приём борьбы «дожим кисти».

Таким образом, при отсутствии иных свидетельских показаний, следствие имело только два взаимоисключающих варианта обсто-

ятельств причинения повреждения. Последнее было представлено слепой огнестрельной пулевой раной, проникающей в полость живота потерпевшего, образовавшейся посредством выстрела из пистолета Макарова, («пистолет Макарова», в дальнейшем – «ПМ», см. фот.). В данном случае, медико-криминалистическая экспертиза исчерпывающе могла разрешить вопросы о дистанции выстрела, посредством исследования мате-



риала одежды и кожного лоскута из проекции огнестрельной раны. Однако одежда потерпевшего, возможно со следами выстрела, была утрачена ещё до возбуждения уголовного дела, а кожный лоскут из области входной огнестрельной раны, после её первичной хирургической обработки, не был сохранён хирургом. В силу чего, достоверно диагностировать дистанцию выстрела таким экспертным путём, не представлялось возможным.

У следствия возникал основной вопрос: при каких обстоятельствах причинено огнестрельное ранение, как показывает пострадавший или как показывает обвиняемый?

У следствия возникал основной вопрос: при каких обстоятельствах причинено огнестрельное ранение, как показывает пострадавший или как показывает обвиняемый?

Несмотря на совокупность экспертных данных, которые могли быть получены только посредством исследования пули, изучения медицинских документов, судебно-медицинского обследования потерпевшего после лечения, поставленный вопрос, останется без конструктивного ответа со стороны судебно-медицинских экспертов.

Для его экспертного разрешения, была необходима интеграция специальных знаний из области нормальной анатомии, судебной медицины, инструктивных указаний по стрелковому делу, а также из теории и практики применения специальных приёмов борьбы, направленных на кисть. Это позволило поставить задачи: проанализировать критерии функционально-кинетической нормы опорно-двигательного аппарата кисти, возможных предельных движений в нём, при вынужденных положениях кисти, фиксируемых внешней силовой нагрузкой, применительно к вариантам обстоятельств способов причинения огнестрельного ранения, рассматриваемых по делу.

Принципиальное разрешение поставленных задач, мы выразили в очередном докладе на 71-й итоговой конференции студенческого научного общества Самарского ГМУ (О.С. Куликов 2003), [85].

Отсюда, алгоритм разрешения проблемы, мы представили четырьмя этапами исследовательского анализа:

1. Сравнительным анализом между кинематической нормой движений, мышечной силой (работой) указательного пальца и кисти в целом: а- при её функциональном положении; б- при фиксированной насильственной гиперфлексии кисти в лучезапястном суставе, т.е. в условиях выраженного воздействия болевым приёмом «дожим кисти».

2. Сравнительным анализом нормы силы и амплитуды произвольных движений указательного пальца применительно к его функциональному положению на спусковом крючке технически исправного ПМ, как при нормальном исходном положении кисти с оружием, так и в положении её фиксированной насильственной ладонной гиперфлексии, т.е. под воздействием болевого приёма обезоруживания - «дожим кисти».

3. Сравнительным анализом взаиморасположения указательного пальца относительно спусковой скобы и спускового крючка ПМ при положении захвата кистью рукоятки пистолета: а- в нормальной боевой позиции кисти, б- в вынужденном положении кисти под воздействием болевого приёма «дожим кисти».

4. Исходя из совокупности полученных результатов, формулировка экспертного задания должна звучать следующим образом: возможно ли лицу, удерживающему в руке ПМ, при исходном положении «за рукоятку», произвольным движением указательного пальца, произвести нажатие на спусковой крючок, приводящее к срабатыванию ударно-спускового механизма, когда его вооруженная рука находится под выраженным воздействием болевого приёма «дожим кисти»?

Первые три этапа исследования, не выводят нас за пределы компетенции врача судебно-медицинского эксперта. В результате чего, на заключительном (4) этапе, придаём приведённому выше основному вопросу допустимое экспертное задание.

Данным насильственным воздействием надёжно блокируют какие-либо активные движения в кисти «противника», (в лучезапястном суставе, в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах). Это происходит за счет выраженного натяжения сухожилий мышц разгибателей и ущемления, в ладонной складке, сухожилий

мышц сгибателей кисти и пальцев, нервов и сосудов, особенно на уровне трапециевидной и ладьевидной костей. Тем самым, вызывают резкое болевое ощущение в проекции тыльной и ладонной поверхностей лучезапястного сустава. При этом возможно повреждение (разрыв) тыльной межзапястной связки. Не меняя достигнутой позиции, во вторую фазу приёма тотчас осуществляют насильственную радиальную абдукцию кисти, более 25 градусов в сочетании с запредельной супинацией предплечья. Сохранение полноценного функционального захвата какого-либо предмета ручного пользования в «атакованной» кисти, даже в первую фазу приёма, становится принципиально невозможным.

Норма амплитуды угла флексии в лучезапястном суставе составляет от 0 до 80 градусов. Наибольшая мышечная сила в кисти, при ладонно-пальцевом захвате предмета, развивается в положении её пястной части, около 20 градусов экстензии, и флексионном направлении кончиков 2-5 пальцев к бугорку ладьевидной кости. Такое положение кисти называют функциональным (Д. Шойлев, 1986; М.Р. Сапин, Г.Л., Билич, 2001; Е. Хайд, С. Генгенбах, 2005), [2, 48, 132].

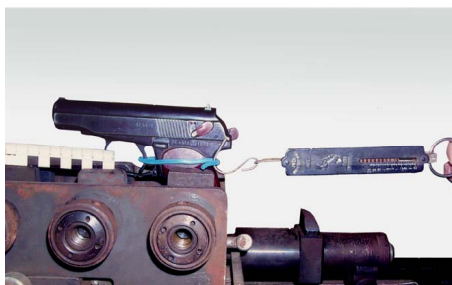
При таком положении кисти, посредством динамометрии, определяют её мышечную силу. Стандарт нормы физического развития определяет силу кисти у лиц мужского пола, в возрасте 21-25 лет, в значениях от 35 до 42 кГ (В.А. Головин, В.А. Масляков, А.В. Коробков, 1983), [156].

Для осуществления программы поэтапного исследовательского анализа, в контексте поставленной проблемы, произвели научные эксперименты с добровольным участием 8 мужчин в возрасте 23-25 лет, владеющих навыками рукопашного боя. Четыре пары статистов дважды попеременно имитировали ситуацию воздействия болевым приёмом «дожим кисти» (правая рука «противника», была «вооружена» технически исправным ПМ, не снаряженного патронами). Приём доводили до исхода первой фазы, с кратковременной фиксацией её на умеренном болевом ощущении, (в течение 1-2 секунд), с углом ладонного сгибания кисти до 90-95 градусов. Предварительно исследовали мышечную силу кисти у каждого добровольца с помощью ручного плоско-пружинного динамометра ДРП. Диапазон показателей силы составил амплитуду от 39 до 52 кГ, что свидетельствовало о хорошей физической форме участников экспериментов, заметно превышающей усреднённые стандарты соответствующих значений физического развития у лиц данного пола и возраста (В.В. Розенблат, 1964; В.А. Головин, В.А. Масляков, А.В. Коробков, 1983), [126, 156].

Максимальную величину тягового усилия указательного пальца, кинематически направленного на нажатие спускового крючка ПМ для выстрела, исследовали отдельно у каждого участника, с помощью лабораторного спирально-пружинного динамометра. Измерение проводили в позиции функционального положения кисти («позиция-1») и в позиции максимальной самопроизвольной флексии кисти, составляющей 75-80 градусов, не вызывающей болевого эффекта, («позиция -2»). В первой позиции, указательный палец развивал тяговое усилие в диапазоне от 15 до 21 кГ, что в большинстве случаев, соответствовало вертикальному приподниманию спортивной 16-килограммовой гири, (от пола на высоту 20 -25 см), посредством захвата её дужки вторым пальцем правой кисти. Во второй позиции, (при захвате скобы динамометра дистальным межфаланговым суставом), показатели мышечной силы указательного пальца резко падали и составляли диапазон от 0,5 до 1,2 кГ. При этом флексия в пястно-фаланговом суставе составляла в среднем около 40-45 градусов, т.е. на 50% меньше от максимума, а сгибания пальца в межфаланговых суставах были минимальны и составляли амплитуду движений в 10 -15 градусов. В экспериментах использовали два исправных образца ПМ, 1960 и 1962 гг. выпуска. Предварительно исследовали интересные технические характеристики работы их ударно-спускового механизма. Из доступной литературы следует, что усилия спуска у данного пистолета должны составлять: а) при взведённом курке - 1,5 - 3,5 кГ ; б) при не взведённом курке (на самовзводе) - 6 кГ. Последняя техническая особенность заключается в том, что ударно-спусковой механизм ПМ может работать в самовзводном режиме. Это позволяет взводить курок нажатием на спуск, а не только путём оттягивания самого курка. В имеющихся материалах по техническим данным ПМ, мы не нашли допустимых значений перемещения (свободного хода) спускового крючка пистолета от нейтрального положения и до момента производства выстрела, как в положении «самовзвода», так и без такового (А.Н. Васильев, 1963), [32, 51].

С целью выяснения количественных значений, указанных выше параметров, у используемых в экспериментах образцов ПМ, произвели динамометрию работы ударно-спускового механизма каждого пистолета в условиях баллистической лаборатории ЭКЦ ГУВД Самарской области.

Пистолет фиксировали за рукоятку в станке испытательного стенда и спирально-пружинным динамометром измеряли усилие



спуска, производя постепенную тракцию за спусковой крючок, направленную спереди назад. Предварительно измерили величину перемещения спускового крючка, (от нейтрального положения до щелчка спускового механизма), которая составила у каждого

пистолета 14 мм по горизонтальной прямой. Последнюю проецировали на уровень середины спускового крючка. Причем её измеряемый отрезок схематично располагали в следующих ориентирах: 1- от середины переднего ребра спускового крючка, находящегося в нейтральном положении; 2- до этой же точки спускового крючка, находящегося в положении «производства выстрела», когда спусковой крючок максимально приближался к передней поверхности рукоятки пистолета.

Усилие спуска как-либо значительно не отличались от принятой технической нормы и составляли: 2 кГ при взведённом курке; 5,5 кГ на самовзводе - у первого образца ПМ; 1,7 кГ и 6 кГ соответственно, у второго образца ПМ. Данные значения усилия спуска фиксировали тогда, когда спусковой крючок перемещался от исходного положения, на 14 мм т.е. до момента срабатывания ударно-спускового механизма.

На середине хода спускового крючка (7-8 мм), вышеуказанные показатели усилия спуска, составляли их половинные значения, а именно: около 1кГ и 2,7 кГ у первого образца ПМ; около 0,8 кГ и 3 кГ у второго образца ПМ.

Данную методику замеров свободного хода спускового крючка считаем наиболее целесообразной для решения поставленного вопроса. Последнее связано с тем, что в рассматриваемой позиции, ладонная складка сгиба дистального межфалангового сустава второго пальца руки, вооруженной пистолетом, лежит на поверхности переднего ребра спускового крючка. При этом только флекссионные движения в межфаланговых суставах второго пальца, приводят в действие ударно-спусковой механизм.

За счет одновременной флексии в дистальном и проксимальном межфаланговых суставах указательного пальца происходит перемещение спускового крючка не менее чем на 14 мм, что тре-

буется для производства выстрела. Угол флексии сустава должен быть в диапазоне от 0 до 45 градусов, чтобы достигнуть «половинного» хода спускового крючка, (7-8 мм). Для этого необходимо было приложить усилие от 0,8 до 3 кГ. Чтобы достигнуть полного перемещения спускового крючка (14 мм), был необходим угол флексии в проксимальном межфаланговом суставе второго пальца от 45 до 90 (92) градусов. При этом необходимо было развить усилие спуска величиной от 1,7 до 6 кГ.

Проведённые исследования показали.

1- в функциональном положении кисти, вооруженной ПМ, тяговые усилия указательного пальца более чем в три раза превосходят максимальное усилие по преодолению механизма спуска, при осуществлении полного хода спускового крючка на 14 мм, (21 кГ «против» 6 кГ);

2- в функциональном положении кисти, вооруженной ПМ, при достижении перемещения спускового крючка, на 7-8 мм, потенциальные тяговые усилия второго пальца в семь раз превосходят половинное значение усилия по преодолению механизма спуска, (21 кГ «против» 3 кГ);

3- при максимальной произвольной (посторонней) флексии кисти, даже не вызывающей болевого эффекта, показатели сгибаемых усилий и объём флекссионных движений указательного пальца, (в межфаланговых и фаланго-пястном суставах), резко падали и составляли значения от 0,5 кГ до 1,2 кГ и 40-45, 10-15 градусов соответственно.

Очевидно, что данные показатели имели меньшие количественные значения, т.е. не «укладывались» в известные нормы технических параметров приведения в действие ударно-спускового механизма ПМ. Последние составляли 1,7 - 6 кГ усилия спуска, при перемещении спускового крючка на 14 мм. Такого положения, в частности, достигают при 90 (92) градусах флексии в проксимальном межфаланговом суставе второго пальца.

При всех экспериментальных имитациях применения приёма обезоруживания «дожим кисти», функциональный захват кистью рукоятки пистолета неизменно нарушался, даже в первую фазу приёма.

В первую очередь значительно расслаблялся фиксированный захват рукоятки пистолета, осуществляемый первым и вторым пальцами. Первый палец совершал произвольное одновременное отведение от рукоятки пистолета, в межфаланговом, пястно-фаланговом и пястно-запястном суставе.

Второй палец продолжал контактировать со спусковым крючком областью сгиба дистального межфалангового сустава в положении минимальной флексии. При этом, в пястно-фаланговом суставе угол флексии составлял около 25-30 градусов, в межфаланговых суставах - не более 10-15 градусов.

Попытки самопроизвольно увеличить флексионные отклонения в названных одноосных суставах, (произвести нажим на спуск), на фоне уже имеющегося болевого эффекта, резко усиливали последний. Из восьми проведённых экспериментов, только в двух, была осуществлена возможность перемещения спускового крючка из нейтрального (нулевого) положения, на 3-4 мм. Данное перемещение не составляло даже половины свободного хода спуска, (7-8 мм), что также исключало производство выстрела.

Таким образом, ни в одном эксперименте не достигли ситуации приведения в действие ударно-спускового механизма технически исправного ПМ, при условиях выраженного воздействия на вооруженную кисть, выбранным болевым приёмом.

Применённый метод научного эксперимента и полученные при этом результаты, объективно способствовали целенаправленному экспертному ориентированию в реконструкции обстоятельств преступных действий, совершенных вне очевидности.

Следующий следственный прецедент, был также связан с вовлечением в процесс образования идентификационного судебно-медицинского признака, огнестрельного оружия – пистолета «ТТ». Однако, признак относился не к последствиям прямого функционального воздействия пистолетом (выстрела из него), а «попутного», или даже можно сказать, предшествующего выстрелу, прямого механического воздействия оружием. Последнее же было воспроизведено в процессе борьбы, направленной на предотвращение выстрелу.

Принципиальное разрешение экспертной задачи, относительно установления обстоятельств происшествия по данному делу, мы выполнили в ходе подготовки очередного студенческого доклада на 35-ю научную конференцию Самарского гос. университета, где выступили с ним на секции «Криминалистика» в 2007 году (О.С. Куликов, 2007), [92].

Так, из обстоятельств, известных по делу следовало. Задержанному А. ... 26 лет, предъявили обвинение в убийстве охранника салона игровых автоматов, совершенного группой лиц с целью хищения денег из кассы учреждения. Причиной смерти потерпев-

шего (охранника) явилась тяжелая черепно-мозговая травма от воздействия тупого твёрдого предмета (открытые переломы костей свода черепа). Потерпевший был вооружен исправным пистолетом «ТТ» 1951 г. выпуска.



Пистолет «ТТ» «Тульский, Токарев», образца 1930 года. Специальная литература и следственная практика констатирует широкое распространение этих пистолетов, особенно среди криминальных структур. Эти пистолеты, когда-то снятые с вооружения, долгое время хранившиеся на складах различных ведомств, по время «перестроечных событий» 90-х годов, в немалых количествах перекечевали к преступному элементу. И ещё интересная особенность. В последние годы существования СССР к пистолету «ТТ» было изготовлено огромное количество патронов, (К. Симонов, 2004), [130].

Мощность пули, выпущенной из «ТТ», велика, последняя может пробить на близкой дистанции практически все типы широко применяемых бронежилетов. Однако, есть техническая особенность: при движении назад затвора вместе с ним на 4-5 мм продвигается и ствол, находящийся в затворной раме, [32, 51]. Возвратная пружина не особенно сильна, и поэтому нажимом из вне, на дульную часть подвижные детали (ствол и затвор) – можно легко сдвинуть назад на несколько миллиметров. При этом курок не будет в состоянии достать до ударника и разбить капсюль – выстрела не будет.



В этой связи в специальной литературе рекомендуют: «...увидев направленный на вас «ТТ» просто дайте ему «в морду» - он не выстрелит. Его хозяин не успеет сработать пальцем на спуске ...Но удар «пистолету в морду» должен быть сильным и резким ». На приведённой фотографии

57

зафиксирован этот момент воздействия невооруженной рукой (положение кисти слева), на пистолет «ТТ». Такой технической особенностью (коротким ходом назад сцепленных ствола и затвора), обладают ещё ряд пистолетных систем. Например, это «Кольт» образца 1911 года, «Браунинг» образца 1930 года, «Беретта М-92-FS», (К. Симонов, 2004), [130].



Рис.1. «Кольт»



Рис.2. «Браунинг»



рис.3. «Беретта».

Пистолет Макарова («ПМ»), лишен этой технической особенности. Его конструкция работает по принципу отдачи свободного затвора, ствол здесь неподвижен (он наглухо запрессован в несущую станину), и при давлении или ударе по его дульной части, чем-либо, назад не отходит (А.Н. Васильев, 1963; К. Симонов, 2004; О.С. Куликов, 2007), [32, 51, 92, 130].

Задержание гр.А. ... произошло тотчас на месте совершения преступления. Последний показал, что к нанесению повреждений охраннику не причастен. Он, т.е. задержанный, пытался обезоружить охранника путем тычка ладонью в дульную часть пистолета, направленного на него. Во время чего охраннику были нанесены два удара бейсбольной битой по голове сзади. Удары произвел напарник задержанного.

Следователь на месте задержания, самостоятельно произвёл освидетельствование гр. А. На правой ладони последнего было обнаружен своеобразный след, большей частью, представлявший локальное загрязнение черным налётом. Оно представляло собой явно видимый рисунок по форме, напоминающей штамп-отпечаток в виде двух полуколец (одно в другом), на участке площадью 2,4 x 2,5 см. Причём верхний фрагмент отпечатка имел обособленное поверхностное повреждение кожных покровов размерами 0,5 x 0,5 см (т.е. ссадину).

В этой связи, методом научного эксперимента, по договоренности, на базе ЭКЦ ГУВД Самарской области, мы моделировали варианты способа противодействия невооруженной рукой выстрелу из пистолета «ТТ». Объектами модели процесса были, ладонная поверхность кисти, с одной стороны и пистолет «ТТ» 1951 г. выпуска (без патронов), с другой.

Варианты блокировки затвора пистолета «ТТ», ладонью невооруженной руки воспроизводили в позиции давления ладонью на дульную часть пистолета под острым углом («позиция- 1») и под прямым углом («позиция-2»).

Экспозиция форсированного давления на дульную часть ствола пистолета составляла 5 секунд. Начало форсированного давления – резкое (в форме «удара-тычка»), величина усилия давления ладонью - до умеренного болевого ощущения, чем достигали максимальное смещение назад затвора. При этом нажатие на спусковой крючок не вызывало надлежащее для выстрела срабатывание курка.

Провели равное количество серий экспериментов, как без напыления, так и с напылением дульной части пистолета угольным порошком.

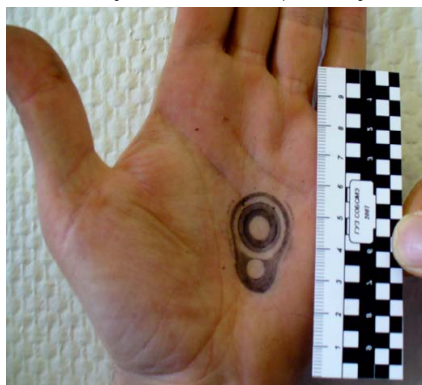


При «позиции -1» (без напыления), получали штамп - отпечатки на ладонной поверхности.

Обнаруживали явно видимые вдавления в форме негативного рисунка, своеобразного штамп-отпечатка в виде двух полуколец, на участке площадью в среднем 2,8 x 1,8 см. Причём верхний

фрагмент отпечатка имел обособленную четырехугольную форму в среднем 0,5 x 0,5 см, очевидно соответствующий контактному контуру прицельной мушки.

В «позиции -1» (с напылением дульной части), получали штамп-отпечаток по конфигурации напоминающий контур «бабочки», размерами, в среднем, 4,5 x 4 см с незамкнутым внизу кольцевым отпечатком, а сверху с обособленным отпечатком прицельной мушки, прокрашенный наиболее интенсивно, размерами 0,6 x 0,4 см, что видно на представленной выше фотографии.



На следующей фотографии видно. В «позиции -2» (с напылением дульной части), получали негативный штамп-отпечаток всей площади торцевой поверхности пистолета без отпечатка прицельной мушки, размерами 3,1 x 1,8 см.

При «позиции -2» (без напыления), получали полные штамп-отпечатки торцевой поверхности дульной части пистолета, но без обособленного отпечатка от прицельной мушки, размером в среднем 3,0 x 2,0 см.

Получаемые штамп-отпечатки на ладонной поверхности, видимые за счет вдавлений, окрашенных гиперемией (покраснением) исчезали бесследно в течение (в среднем) около 25-30 минут от момента их визуальной фиксации после контактирующего взаимодействия.

В результате проведённых экспериментальных исследований, мы пришли к следующим выводам.

1. Особенности факта динамики и механизма рассматриваемого взаимодействия ладонной поверхности субъекта с дульной частью пистолета «ТТ» в направлении спереди назад относительно ствола пистолета, можно ретроспективно подвергнуть судебно-экспертной оценке по образовавшимся на поверхности ладони контактным следам.

2. Последние могут выступать, как в форме ссадин (1) или негативных вдавлений штамп-отпечатков, окрашенных гиперемией в совокупности с загрязнением ружейной смазкой и (или) копотью (2), так и форме сочетания указанных следов (3). При этом данные следы могут иметь наложения различных веществ (например, копоти, ружейной смазки), находящихся на поверхности дульной части пистолета.

Хорошо заметные кровоподтёки (4) вряд ли будут видны в силу особенностей строения мягко-тканного слоя ладонной поверхности. Кожа ладонной поверхности неподвижна за счет анатомического укрепления её плотными фиброзными тяжами, прикрепляющими кожу к апоневрозу кисти. Но, тем не менее, образование межтканевых гематом (4) в рассматриваемых обстоятельствах возможно. Подобные гематомы (кровяные опухоли) очевидно, могут обозначаться незначительно выраженными локальными болезненными припухлостями на ладонной поверхности.

3. Образовавшиеся контактные следы частично или полностью могут повторять по контуру и в пределах его, согласно ха-

рактору рельефа и рисунка торцевой поверхности дульной части пистолета, что может служить идентифицирующими признаками механизма их происхождения, и (возможно) идентифицирующим признаком образца пистолета (его марки).

4. Судебно-медицинская оценка рассматриваемых следов, позволяет проводить ситуационный анализ их происхождения применительно к конкретным обстоятельствам дела с целью установить способ причинения физического воздействия.

5. Обнаружение таких следов, очевидно, также позволяет, с экспертных позиций, судить о приобретённых специальных навыках субъекта, оказывавшего сопротивление человеку, вооруженному пистолетом «ТТ», или пистолетом подобной конструкции с подвижной ствольной рамкой и стволом.

В этой связи, очевидно, что показания задержанного А. ..., в части того, что он противодействовал выстрелу из пистолета «ТТ», находившегося у охранника, путем резкого тычка ладонью в дульную часть пистолета, соответствуют действительности. В материалах дела присутствовала информация о том, что данный субъект ранее проходил срочную службу в подразделениях войск специального назначения.

1.3. Судебно-медицинская оценка способа причинения локальных травм опорно-двигательной системы от воздействий невооруженной рукой

В клинической травматологии принято считать, что переломы ключицы составляют 7 % всех переломов и 18 % в результате спортивной травмы. Вывихи ключицы вообще составляют 3-5 % всех вывихов, а вывих в ключично-акромиальном сочленении является часто встречающейся травмой. В спорте – 14,8 % всех вывихов у спортсменов. Это касается таких видов спорта, как-то: борьба, бокс, хоккей, регби, велоспорт, конный спорт и т.п., (Б.К. Бабич, 1968; А.Ф. Краснов, В.Ф. Мирошниченко, Г.П. Котельников, 1995; С.Н. Куликов, 2001; К. Франке, 1981; Д. Шойлев, 1986; Т. Хайд, М. Генгенбах, 2005), [4, 48, 50, 62, 132, 157].

В обстоятельствах спортивной травмы рассматривают, в частности, прямой механизм образования вывиха акромиального конца ключицы. Считают, что такой механике образования рассматриваемого повреждения, присуще прямое ударное воздействие тупым предметом по фронтальной (верхней фронтальной) области надплечья. Травмирующим тупым предметом, в данном случае, не редко является кисть соперника, компактно «собранный» в кулак, обычно защищённая специальной перчаткой или эластичным бинтом. Данные литературы по спортивной травматологии, специальной технике единоборств, свидетельствуют, что повреждения ключицы могут иметь место при спортивных состязаниях. Например, при состязаниях по боксу, а также при определённых видах борьбы, связанных или с «полным контактом», или с имитацией ударов по отдельным частям тела соперника. При этом причинение травм носит случайный характер, (Д. Шойлев, 1986; В.Н. Вельмякин, 1993; А. Тарас, 1999; К. Франке, 1981; Ю.А. Шулик, 2004; С.Н. Куликов, 2001, 2006, 2008; Е. Хайд, С. Генгенбах, 2005; В. Авилов, 2007), [1, 16, 48, 62, 72, 78, 132, 145, 157, 163].

В судебно-медицинской литературе, подробного описания особенностей морфологии повреждений области акромиальной части ключицы, возникающих при вышеуказанных условиях, мы не встречали.

Способ причинения повреждения области надплечья, посредством концентрированного удара, воспроизводимого основанием кулака, (так называемый «удар-молоток») и наносимого именно в проекцию ключицы, изложен в инструктивных руководствах по овладению навыками приёмов рукопашного боя для спец. войск,

(В.Н. Вельмякин, 1993; А. Тарас, 1999; Ю.А. Шулик, 2004; В. Авилов, 2007; М. Петров, 2008), [1, 16, 112, 145, 163].

Наибольший интерес, с судебно-медицинской точки зрения, приобретает ретроспективное распознавание (диагностика), особенностей механики происхождения подобных повреждений по особенностям их морфологии. Это особенно важно, когда повреждения рассматриваемых локализации и механизма, возникают при обстоятельствах умышленного их причинения, посредством прямых воздействий посторонней руки невооруженного человека, обладающего навыками рукопашного боя без оружия.

В силу чего, в теме к очередному докладу на 72-ю студенческую научную конференцию Самарского ГМУ 2004 года, мы поставили следующие задачи (О.С. Куликов, 2004), [86].

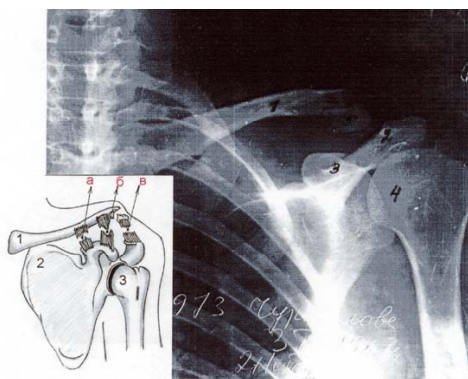
Первое- изучение в режиме научного эксперимента, степени эффективности «поражения» ударными воздействиями невооруженной кистью в трёх её боевых позициях: «удар фронтальной частью кулака»; «удар основанием кулака» (или «удар-молоток»); «удар щепотью» (А.Тарас, 1999), [145].

Второе- выполнение безотлагательных нормативно-правовых ограничений, относительно выбора природы объектов научного эксперимента.

Третье- осуществление материально-технической организации экспериментальных исследований.

Постановку цели, выполнение первой задачи и моделирование характера условий причинения повреждений в проведённых нами экспериментах, диктовали практические наблюдения из судебно-медицинской экспертной практики.

Например, удар основанием кулака, в одном случае, вызвал образование кровоподтёка с



характерными идентифицирующими свойствами повреждающей поверхности тупого предмета. Так, кровоподтёк имел звёздчатую форму и размеры, которые негативно «отпечатывали» рельеф и рисунок кожных складок локтевого (внутреннего) края правой кисти, сложенной в кулак.

В другом случае, клинически и на рентгенограмме у потерпевшей, был диагностирован раздробленный перелома-вывих акромиального конца левой ключицы с полным разрывом связочного комплекса акромиально-ключичного сочленения от прямого сосредоточенного удара основанием кулака сверху вниз («удар-молоток»). См. на представленной выше иллюстрации копию и рисунок-схему перелома-вывиха левого акромиально-ключичного сочленения. На рисунке-схеме обозначены: а - коническая связка; б- трапецевидная связка (коническая и трапецевидная связки объединено называют ключично-клювовидной связкой); в- акромиально-ключичная связка, формирующая ключично-акромиальный сустав. На рисунке-схеме, также видно, что его внешняя контурная линия показывает большую степень выраженности лестничной деформации в области ключично-акромиального сочленения, за счёт смещения акромиального конца ключицы вверх. Непосредственно на фоне копии рентгенограммы, под цифрами 1, 2, 3, 4 – обозначены негативные контуры смещённой вверх ключицы, акромиального отростка лопатки, клювовидного отростка лопатки, верхней суставной головки плечевой кости, соответственно. При этом было очевидно, что морфология повреждения, в отношении характера перелома ключицы, повреждения её связочного аппарата, не соответствовала, наиболее часто встречающемуся механизму его образования (падение на надплечье или вытянутую руку), что обычно заканчивается образованием не осложнённого вывиха акромиального конца ключицы. Обстоятельства причинения травмы были связаны со следующим способом причинения повреждения: с нанесением прямого удара невооруженной кистью, основанием кулака. Взаиморасположение обвиняемого и потерпевшего было «лицом к лицу». Обвиняемый значительно превосходил ростом потерпевшую (202 см и 172 см соответственно). Следственные данные свидетельствовали, что был произведен однократный удар кулаком (или иной позицией кисти?), по наружной трети надплечья пострадавшей, ближе к плечевому суставу, по направлению вектора силы преимущественно сверху вниз и частично спереди назад. При этом субъект преступления (мужчина 32 лет), владел профессиональными навыками применения приёмов рукопашного боя, (Куликов С.Н., 2001), [62].

Выполнение второй задачи, содержало в себе нормативно-правовые ограничения. А именно, с невозможностью использования, в настоящее время, биоманекена (т.е. трупа в целом), с целью

моделирования на нём экспериментальных повреждений. На что мы уже указывали выше.

В этой связи, надлежащим образом выдержали соблюдения правового и биоэтического регламента по привлечению статистов в планируемые экспериментальные исследования с целью моделирования ударных нагрузок в кинематике движений, применяемых в выбранных приёмах рукопашного боя. Данное ограничение было соблюдено по аналогии с нормой ст. 43 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», которая регулирует привлечение человека к проведению биомедицинских исследований.

Естественно, это касалось только условий моделирования в экспериментах, действий субъекта, причиняющего повреждение в проекции ключицы или иной поверхности грудной клетки, обозначенным выше способом (воспроизводством приёмов рукопашного боя). Поверхностью же воспринимающей ударную нагрузку, естественно, не могла быть поверхность тела «биоманекена».

Учитывая изложенные выше ограничения, в качестве площадок, воспринимающих удары, использовали Биофантомы Грудной Клетки (в дальнейшем - БГК), представленные четырьмя сагиттальными фрагментами грудной клетки годовалой свиньи, при давности смерти не более 24 часов. Каждый объект представлял собой левую половину передне-задне-боковой части грудной клетки животных, от 3-го до последнего (заднего) ребра, в границах от грудной части позвоночного столба до средней продольной линии грудины. Это в наибольшей степени подобия соответствовало анатомо-физиологическим особенностям грудной клетки человека молодого возраста, особенно применительно к моделируемым условиям, т.е. если бы удары наносили по боковой поверхности грудной клетки человека. Естественно при этом «делали сноску» на выраженное вентро-дорсальное сечение грудной клетки четвероногого животного (М.Р. Сапин, Г.Л. Билич 1999), [2].

В роли статистов, воспроизводящих ударные воздействия выбранными приёмами рукопашного боя, выступали двое сотрудников спец.подразделений МВД.

В экспериментах учитывали следующие факторы: 1-общую кинематическую позицию тела статиста, наносящего удар; 2- горизонтальное расположение воспринимающей поверхности БГК (на уровне центра массы «атакующего»).

На ниже приведённой серии фотографий приведены варианты статического контакта о твёрдую плоскую поверхность:



1- боевая позиция кисти (б.п.к.), при ударе фронтальной частью кулака



2- б.п.к. при ударе основанием кулака "удар-молоток"



3- б.п.к. при ударе "щепотью"

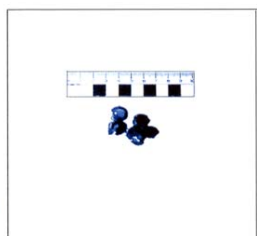
3- «боевую позицию кисти» (в дальнейшем - б.п.к.); 4- площадь повреждающей поверхности кисти в двух вариантах: «а»- при статическом контакте о плоскую твёрдую поверхность (на приведённой следующей серии фотографий – слева); «б»- при ударе в «полную силу» по поверхности БГК (см. на следующей серии фотографий справа):



б.п.к. 1



б.п.к. 2



б.п.к. 3

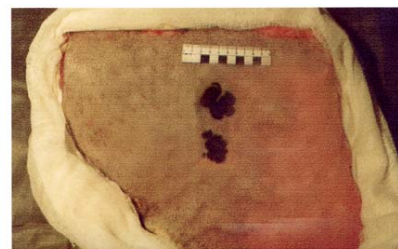
отпечатки повреждающей
поверхности кисти на твердой
площадке



б.п.к. 1



б.п.к. 2



б.п.к. 3

отпечатки повреждающей поверхности
кисти на коже Б.Г.К. при ударе в полную
силу.

5- угол «атаки» относительно поверхности БГК применяли в двух вариантах: 90 град. и 45-75 град.; 6- силу удара. Таким образом, заданные условия определяли многофакторность эксперимента.

Учёт величины силовой нагрузки производили априорно.

В частности, «дозировку» силы удара принимали за условие, при котором удар наносится «в полную силу». У здорового, фи-

зически развитого мужчины, сила удара рукой может варьировать от 200 до 600 кГ (килограмм-силы) или 2000-6000 Ньютонов (Н), при фронтальном ударе и перпендикулярном действии вектора силы по отношению к поверхности повреждаемого участка тела. Естественно, что 300, 400, 500, 600 кГ - это показатели субъектов, обладающих «поставленным» ударом (высоко квалифицированных боксёров, лиц, обладающих профессиональными навыками рукопашного боя). Сила ударов ногой (стопой), составляет ещё большие значения и может достигать величины от 500 до 950 кГ (В.П. Десятов, 1975; В.Н. Вельмякин, 1993; А. Тарас, 1999; К. Франке, 1981; Т. Хайд, М. Генгенбах, 2005), [16, 26, 48, 145, 157].

Так, в юридическом процессе нам иногда задают вопрос следующего характера: *«Возможно ли, с судебно-медицинской точки зрения высказаться о величине силы физического воздействия необходимого для повреждения (надрыва, разрыва суставных связок), для образования, например, кровоподтёков? Существуют ли в судебной медицине какие-либо критерии на этот счет?»*. На что обычно, мы даём ответ следующего содержания.

Специальная литература по судебно-медицинской травматологии изобилует, в частности, первоисточниками по теме практической экспертной диагностики величины силы механических воздействий, при различных условиях причинения телесных повреждений тупыми твердыми предметами.

Например, В.Н. Крюков (1998); В.Л. Попов (2002); В.П. Десятов (1999); А.В. Капустин (1999); С.Н. Куликов (1993, 1994, 2001); И.А. Шмелёв (2003), [26, 35, 56, 57, 63, 137, 138, 162].

При формулировании выводов, о величине силы травматического воздействия, судебно-медицинский эксперт, прежде всего, должен принципиально руководствоваться, результатами известных фундаментальных научных исследований из теории физики твёрдого тела (Г.С. Ландсберг, 1975; А.И. Китайгородский, 1973), [36, 164].

Так, при судебно-медицинской экспертизе механики воздействий тупыми предметами принято считать: *« ... Анализ работ судебных медиков, изучавших различные аспекты механизма и условий возникновения повреждений при действии тупых предметов, позволяет выделить четыре степени силы удара тупыми предметами: небольшая сила удара – до 160 Н; значительная сила удара – от 160 до 1960 Н; большая сила удара – более 4900 Н...»*, (Капустин, 1999), [35] .

Или ещё: « ... Удар твердым тупым предметом с энергией 130-160 Дж вызывает разрывы мелких сосудов и образование кровоподтека в соответствии с контуром повреждающей поверхности. При ударе с энергией в пределах 150-200 Дж происходят локальные разрывы и разможнения мышечной ткани, а свыше 200 Дж – размятие подкожножировой ткани и отслоение кожи при её видимой целостности ...», (В.Н. Крюков,1998), [137].

Удар - сложный кратковременный процесс взаимодействия тела (или части тела) человека и повреждающего предмета, при котором последний оказывает импульсивное одностороннее центростремительное действие на тело или часть тела. Ударное действие может длиться менее 0,1-0,01 сек, (В.Л. Попов, 2002), [138].

Физические единицы измерения силы и работы, принятые в механике и наиболее часто употребляемые в научных судебно-медицинских работах:

- 1н (**один ньютон**) - это единица такой силы, которая, действуя на тело массой 1 кг, сообщает ему ускорение 1 м/сек^2 . Отсюда $1\text{ н} = 1\text{ кг} \times 1\text{ м/сек}^2$;

- эталоном силы в 1 кГ (**один килограмм-силы**) является сила, с которой действует на подвес или подставку платиновая эталон - гирия. Так как сила земного притяжения, действуя на гирию-эталон, сообщает ей ускорение $9,80665\text{ м/сек}^2$ и так как, с другой стороны масса гири равна 1 кг, то второму закону Ньютона: сила, действующая на тело, равна произведению массы тела на создаваемое этой силой ускорение, причем направление силы и ускорение совпадают: $F = ma$.

Отсюда: $1\text{ кГ} (1\text{ килограмм-силы}) = 1\text{ кг} \times 9,80665\text{ м/сек}^2 = 9,80665\text{ н}$ (округлённо: $1\text{ кГ} = 10\text{ н}$).

1 Дж (**один джоуль**) - есть единица работы. Работа силы (**А**) равна проекции силы на направление перемещения точки её приложения, умноженной на величину перемещения.

Таким образом, работа определяется произведением силы на перемещение. За единицу работы, 1 Дж, принимают работу, совершенную силой, равной единице, при перемещении точки её приложения в направлении действия силы на расстояние, равное единице: $A = F s$.

В этой связи, 1 Дж, в системе СИ, представляет работу силы в 1 ньютон при перемещении на 1метр. В пересчете на работу силы в 1кГ, которая перемещает тело на расстояние в 1м, получаем единицу работы называемую 1 кГм «килограммометр». Отсюда, округлённо: $1\text{ кГм} = 10\text{ Дж}$., (Г.С. Ландсберг, 1975; А.И. Китайгородский, 1973), [36, 164].

В силу выше изложенного и согласно формулировкам о силе травматических воздействий, следует считать.

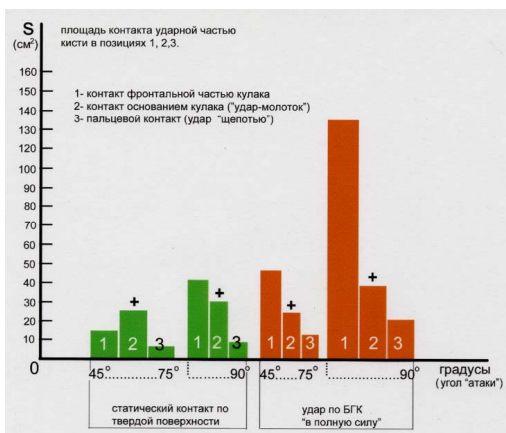
В судебно-медицинской экспертной практике следует руководствоваться следующими понятиями, определяющими величину силы удара тупыми твердыми предметами, а именно:

а) **небольшая сила удара – до 160 Н** (или что составляет величину силы удара до 16 кг или что составляет энергию удара до 160 Дж). При этом, удар твердым тупым предметом с энергией до 160 Дж вызывает разрывы мелких сосудов и **образование кровоподтёка** в соответствии с контуром повреждающей поверхности;

б) **значительная сила удара – от 160 Н до 1960 Н** (или что составляет величину силы удара до 196 кг или что составляет энергию удара до 1960 Дж). При этом удар твердым тупым предметом с энергией удара указанного диапазона происходит локальные разрывы и размозжения мышечной ткани, могут образовываться разрывы паренхимы внутренних органов при воздействии на переднебоковые стенки живота;

в) **большая сила удара – более 4900 Н** (или что составляет величину силы удара от 200 до 490 кг и более, или что составляет энергию удара до 4900 Дж и более). При этом, например, действующая на изгиб сила такой величины (при ударе), приводит к перелому бедренной кости, перелому костей свода черепа, к разрывам внутренних органов.

Отсюда следует, что для образования, например, кровоподтёка (кровоподтёков) необходима **небольшая сила удара** тупым твердым предметом. При значительной или большой силе удара



тупым твердым предметом образуются не только кровоподтеки, но в обязательном порядке – нарушение целостности кожного покрова в форме образования ушибленных или размозженных ран, разрывы мышц, связок, переломы трубчатых и плоских костей. Следовательно, факт обнаруже-

ния только кровоподтёков, например, при судебно-медицинском обследовании живого лица, указывает на **небольшую силу удара** тупым твёрдым предметом (предметами).

На приведённом графике (составленном по результатам экспериментов), представлена зависимость между углом «атаки» и величиной площади контакта, как при статическом контакте кистью с твёрдой воспринимающей поверхностью, так и при динамическом контакте с поверхностью БГК в варианте «удар в полную силу».

Отсюда видно:

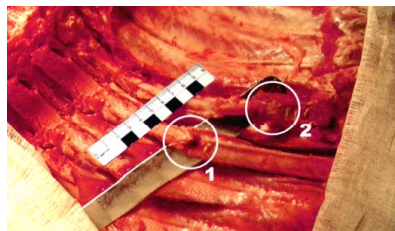
1- при условии статического контакта всеми вариантами б.п.к. по твёрдой поверхности, площадь отпечатка (S) была меньше, в среднем на 1,2 раза, по сравнению с ударами «в полную силу» по поверхности БГК;

2- при условии ударов «в полную силу» по поверхности БГК с уменьшением угла «атаки» уменьшалась площадь (S) контакта в среднем на 2,4 раза. Но менее всего уменьшалась при б.п.к.- 2 («удар-молоток»), всего на 1,3 раза. Наибольшую площадь контакта (около 130 см кв.), отмечали при ударе фронтальной частью кулака, под углом 90 градусов.

Были проанализированы разновидности характера «отклика» на БГК в результате 12 ударных воздействий выбранными б.п.к. на 4-х однотипных фрагментах грудной клетки, что достаточно не только для студенческой научной работы. Всего получено 14 натуральных моделей повреждений. Из них: 12 контактных отпечатков б.п.к., имитировали локализацию и возможные площадь и конфигурацию кровоподтёков. При этом получили два «модельных» прямых перелома рёбер (пятого и шестого).



отпечаток
площадью около 35 кв. см



1,2 - прямые переломы рёбер

В результате проведённых экспериментов, было установлено, что наиболее травматичным воздействием является удар, когда контакт производился основанием кулака («удар-молоток») в перпен-

дикулярном направлении. И площадь контакта была относительно компактна (35 см²). Величина силовой нагрузки ударного действия: от максимальной величины значительной силы удара рукой (от 200 кГ) до большой силы, в диапазоне не менее 300-400 кГ.



Иначе говоря, при таком положении кисти (см. фотографию позиции кисти: «удар-молоток»), развивалась большая сила удара, чем при первой и третьей позициях (соответственно: «удар фронтальной частью кулака»; «удар щепотью»). В данных условиях образовались два одномоментных прямых перелома рёбер, в проекции непосредственного контакта (см. предыдущую фотографию). Руку статиста (кисть в хирургической перчатке), в области контактных поверхностей кисти, покрывали густой черной тушью, что давало чёткие отпечатки на воспринимающей площади БГК и контактирующей площади плоской твёрдой поверхности экспериментального стенда.

Полученные в эксперименте результаты, напрямую применимы к медико-криминалистической оценке обстоятельств реализации механики причинения травм, рассматриваемых в поставленной проблеме.

Таким образом, применяя полученные данные, например, в составлении экспертного заключения, можем объективно реконструировать (идентифицировать) обстоятельства (способ) реализации механизма воздействия невооруженной кистью по морфологии изученного повреждения, т.к. сущность повреждения определяет сущность процесса его механизма образования. Это способствует не только всестороннему судебному-экспертному анализу противоправного действия, но и более объективной его юридической квалификации.

Глава 2 СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ, ПРИЧИНЁННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

2.1. Аспекты клинико-экспертной и медико-правовой оценки тяжести переломов костей конечностей

Протоколы допросов, судебных прений, представляют информацию, изложенную графическим способом на бумаге. Данная информация являет собой, в частности, объект научного анализа в судебной медицине, зачастую кодирующая существующую общественно значимую проблему, требующую надлежащего разрешения.

Например, проблему такого толка: *«... Я не согласен с тем, что закрытый перелом большеберцовой кости, полученный мной при обстоятельствах дорожно-транспортного происшествия, оценен судебно-медицинской экспертизой как вред здоровью средней тяжести по признаку длительного расстройства здоровья более чем на 21 день. ... По поводу данной травмы мне была оказана специализированная медицинская помощь: длительное скелетное вытяжение, неоднократные операции остеосинтеза металлическими конструкциями. Исход лечения ещё не определился... тем более что в области оперативного вмешательства у меня начались воспалительные явления ... Считаю, что мне был причинён тяжкий вред здоровью, в силу чего виновный должен нести не административную, а уголовную ответственность ...»* - выдвигает аргументы потерпевший, в лице субъекта, предьявляющего в судебном процессе гражданско-правовой иск к лицу, причинившему вред (к шофёру легкового автомобиля, виновному в совершении расследуемого происшествия). *«... Ваша честь, обращаю внимание на следующее обстоятельство по делу: неблагоприятные последствия, на которые указывает потерпевший очевидно не связаны непосредственно с фактом травмы, которая была диагностирована изначально, как закрытый перелом большой берцовой кости ...Почему операцию по сопоставлению отломков, пострадавшему производили дважды? Можно ли исключить в настоящем, что воспалительные явления в области операционной зоны у последнего не связаны с медицинскими манипуляциями? Отсюда не исключено, что формирующийся у потерпевшего неблагоприятный исход, оче-*

видно связан не с фактом самой травмы, а с некачественным оказанием медицинской помощи. Отсюда исковые требования потерпевшего вероятнее всего должны быть обращены на субъект оказания медицинской помощи, а не на моего подзащитного ...» - выдвигает контраргументы адвокат, представляющий интересы виновного. А что же судья? Судья, в данном случае обращается к врачу судебно-медицинскому эксперту за разъяснениями. Судья обращается к помощи судебного медика **«представь мне факт и я произнесу мой суд»**. **«Da mihi Factum et dabo tibi jus»** – вот кредо правосудия (Эрнст Бухнер, 1870), [136].

Задача судебных медиков - надлежащим образом проанализировать интересующий правосудие факт (например, факт причинения травмы: её механизм происхождения, особенности морфологии, диагностику, лечение, прогноз исхода и внешние факторы, могущие влиять на указанные процессы).

С начала 80-х годов (т.е. с первых шагов практической экспертной работы) и до истечения 2008 года, мы, вместе со всеми нашими коллегами судебными медиками (судебными медиками СССР, а потом РФ), имели инструктивные положения о судебно-медицинской диагностике тяжести переломов костей конечностей. И неукоснительно следовали им, [122, 123, 124, 144].

В силу чего, неоднократно были участниками подобных судебно-следственных прецедентов, когда с превеликим трудом, разъясняли, задаваемый нам юристами и (или) фигурантами по делу, вопрос. *«Почему, например, и перелом основной фаланги большого пальца, и закрытый перелом бедра, не опасный для жизни, и без отягощенного исхода, вы относите к категории повреждений, влекущих вред здоровью средней тяжести? Одно дело перелом большого пальца, другое дело - перелом бедренной кости ... и всё одинаково по тяжести?»*. Мы объясняли такую оценку, ссылались на положения конкретных пунктов в действующем тогда приказе Минздрава СССР и Правилах к нему (в дальнейшем – «бывшие Правила ...»), [122, 123]. Но сомнения в своей правоте оставались, т.к. на резонные вопросы, следует давать понятные всем ответы.

Ещё английский физик Кембриджского университета П. Дирак*, говаривал, что если вы не можете, уборщице в вашей лаборатории, доходчиво объяснить суть вашей научной работы, то грош цена такой работе.

В настоящее время, завершён (на данном этапе) запланированный нами блок научных изысканий по данной теме. Блок рабо-

ты, который, так или иначе, уже дал реальный результат, результат, который возник «не вдруг».

Предлагаем ознакомиться глубокоуважаемым читателям, на страницах второй главы настоящей монографии, с основными логическими выкладками и результатами аналитической работы по данной теме, которые в Российской Федерации уже работают в «Новых правилах ...», судебно-медицинской диагностики тяжести вреда здоровью.

Истоки этого результата - проделанная работа наших студентов-кружковцев и их руководителей. Эти работы опубликованы, обращайтесь к ним (А.Н. Артёмова, 2003; К.В. Лихойванов, В.В. Солодовников, 2004; Лихойванов, В.В. Солодовников, Н.В. Комарова, 2005; О.С. Куликов, 2006, 2007; М.А. Куликов, 2005, 2006; С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004, 2006; С.Н. Куликов, 2007; С.Н. Куликов, О.С. Куликов 2008), [2, 67, 73, 75, 76, 81, 83, 84, 88, 90, 91, 93, 97, 98].

Установленные в бывших Правилах ... критерии содержали, в частности положение: *«Опасными для жизни являются повреждения, которые сами по себе угрожают жизни потерпевшего в момент нанесения или при обычном их течении заканчиваются смертью. **Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи не должно приниматься во внимание при оценке опасности для жизни таких повреждений ...**»*.

Бывшие Правила ... относили открытые переломы длинных трубчатых костей (плечевой, бедренной, большеберцовой) к тяжким повреждениям, т. е. влекущим тяжкий вред здоровью, по при знаку опасности для жизни.

При этом, совершенно обоснованно имели в виду, что трагический исход непосредственно может быть обусловлен неблагоприятным развитием раннего периода травматической болезни, (И.И. Дерябин, О.С. Насокин, 1987; В.А. Корнилов, А.Н. Губарь, Г.Н. Целбулян, 1987; Н.Я. Гуревич, Л.Ю. Губарь, 1989; Краснов А.В., Мирошниченко В.Ф., Котельников Г.П., 1995; Г.П. Котельников, И.Г. Чеснокова, 2002; С.А. Селезнёв, С.Ф. Багненко, Ю.Б. Шапота, А.А. Курыгина, 2004), [24, 47, 49, 50, 148, 149].

Подобный исход, например, может быть выражен в клинических формах тяжёлого травматического шока, жировой эмболии головного мозга, массивной кровопотери, (В.М. Кустов, И.В. Нечуева, 1997; В.А. Черкасов, С.Г. Литвиненко, А.Г. Рудаков, 2000, 2001), [95, 158, 159, 160].

В этой связи тяжкий вред здоровью допустимо констатировать тот час по факту диагностики травмы и её непосредственных осложнений, не принимая во внимание при оценке тяжести вреда оказание медицинской помощи (не ждать результатов её влияния на клинический процесс).

Вместе с тем, бывшие Правила... содержали положение: «*Степень тяжести закрытых переломов плечевой, бедренной и большеберцовой костей устанавливаются в зависимости от вызванной ими опасности для жизни, либо по признаку стойкой утраты трудоспособности ...*». При отсутствии клиники, констатирующей симптомы опасного для жизни состояния, закрытые переломы указанной локализации обычно оценивают по признаку длительного расстройства здоровья и относят их к категории повреждений, влекущих вред здоровью средней тяжести. Бывшие Правила..., так же устанавливали, что если исход неопасного для жизни повреждения (например, закрытого перелома плечевой, бедренной, большеберцовой костей) не ясен – судебно-медицинскому эксперту следует воздержаться от определения степени тяжести вреда здоровью. При этом подразумевалось, что при определившемся исходе травмы последнюю, в силу тех или иных обстоятельств, возможно будет отнести к категории тяжких повреждений по исходу и последствиям, связанным со значительной стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть [122, 123].

Трактовка экспертного критерия, формулируемого как «значительная стойкая утрата трудоспособности» по сравнению с методическими указаниями Правил 1978 года и отменённых ныне Правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью 1996 года, считаем, наиболее полно дана в соответствующих комментариях к Уголовному Кодексу РФ. В частности, под редакцией В.К. Дюнова, Л.Л. Кругликова (2005 г.), [44, 45, 46, 122, 124, 144].

Так, в комментариях к ст. 111 УК РФ указанного источника относительно рассматриваемого признака следует: «... *Утрата общей трудоспособности должна быть не только значительной, но и стойкой, т.е. не кратковременной, необратимой. Стойкой следует считать утрату либо при определившемся исходе, либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней ...*» [45].

Поэтому в силу понятных причин, при рассматриваемых обстоятельствах судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью переносится на неопределённо долгое время, т.е. до формирования определённого исхода травмы, что происходит после

проведения всех этапов оказания медицинской помощи. Лечение может иметь продолжительность около 20 недель и более.

В этой связи актуальность проблемы была обусловлена наличием непосредственной взаимосвязи между объективно возникающей экспертной процедурой значительно отсроченной судебно-медицинской оценки тяжести вреда здоровью у пострадавших по факту причинения рассматриваемых травм и юридическим регламентом, например, уголовного процесса.

Указанная ситуация нередко встречается, например, при расследовании уголовных дел, возбуждаемых по многочисленным фактам обстоятельств автомобильных дорожно-транспортных происшествий (в дальнейшем – ДТП) (ч. 1 ст. 264 УК РФ «Нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств»).

Проблемы юридической практики в данном контексте, так или иначе, становятся известны врачам судебно-медицинским экспертам, уже в силу специфики их профессионального взаимодействия с работниками следствия и суда.

Одним из основных элементов юридической квалификации состава преступления в отношении лица обвиняемого в совершении события ДТП, является установление признаков объективной стороны преступления. С судебно-медицинской точки зрения это представлено тем, что данный элемент включает в себя, например, степень тяжести вреда здоровью, причиненного пострадавшему. Последнее обстоятельство устанавливается только на основании судебно-медицинского заключения. При этом обязательными признаками объективной стороны преступления являются: 1- общественно опасные последствия в виде тяжкого вреда здоровью; 2- наступление смерти одного, двух и более лиц; 3- установление причинно-следственной связи между фактом противоправного действия и фактом причинения вреда здоровью или жизни [44, 45, 46].

В контексте поставленной проблемы привлекает внимание первый признак объективной стороны преступления (медико-экспертная диагностика тяжкого вреда здоровью в связи с травмами рассматриваемого характера и локализации) и установление его причинно-следственной связи только с фактом совершения противоправного действия (ДТП).

Мы знаем, что судебно-медицинская диагностика тяжести вреда здоровью по поводу указанных повреждений, в рамках бывших Правил..., могла проходить по двум вариантам:

1- при производстве судебно-медицинской экспертизы, в рассматриваемых обстоятельствах возникала ситуация когда, например, причинённая травма (закрытый перелом плечевой, бедренной или большеберцовой кости) была не опасна для жизни. Следовательно, по факту причинения её невозможно было отнести к категории повреждений, влекущих тяжкий вред здоровью по данному признаку. Руководствуясь ориентировочными сроками расстройства здоровья (сроки заживления переломов данной локализации, естественно, всегда превышают 21 день), такие травмы, чаще всего по факту, не ожидая исхода, относили к категории повреждений, повлекших вред здоровью средней тяжести. При этом учитывали то, что сама морфология перелома и надлежащее оказание специализированной медицинской помощи не позволят развиваться последствиям, влекущим значительную стойкую утрату трудоспособности не менее чем на одну треть. Таким образом, в алгоритме медико-экспертной диагностики тяжести вреда здоровью всегда учитывали влияние медицинской помощи, которую получали потерпевшие;

2- могла иметь место ситуация, когда признаки опасности для жизни отсутствовали, т.е. не было медико-экспертного признака тяжкого вреда здоровью, но исход травмы не был ясен. Чаще всего это было связано со сложной морфологией перелома, его близостью с суставами (плечевым, локтевым, тазобедренным, коленным, голеностопным). Объективно возникало основание не исключать того, что по прохождению лечения, т.е. по исходу, сформируются остаточные патологические проявления. И последние вероятно могут повлечь значительную стойкую утрату трудоспособности не менее чем на одну треть, что может явиться основанием, отнести рассматриваемую травму (закрытый перелом плечевой, бедренной или большеберцовой кости) к категории повреждений, влекущих тяжкий вред здоровью по данному признаку.

Получая такое вероятностное (некатегоричное) судебно-медицинское заключение, лицо, назначившее экспертизу, не имело возможности тот час в текущем процессе предварительного или судебного следствия полностью определить элементный состав преступления. Возникла необходимость продления сроков следствия на неопределённо длительное время, исходя из ориентировочных сроков «ожидания» исхода травмы, которые могли составлять многие месяцы, например, 6 и более месяцев. Такое продление следствия по времени юридический процесс предусматривает (ст. 162 УПК РФ).

Но подобная ситуация, могущая, казалось бы, послужить основанием к приостановлению предварительного следствия, вообще не прописана в уголовном процессе, т.к. не прописано положение о приостановлении следствия в связи с неясностью исхода травмы (заболевания) у потерпевшего (см. ст. 208 УПК РФ), [43].

Обстоятельства медико-экспертной диагностики тяжести вреда здоровью, указанные выше по второму варианту, могли возникать вне юридического процесса. Когда только рассматривают вопрос о возбуждении уголовного или административного дела по факту ДТП (при том, что факт самого деяния не нуждается в доказательствах). Получая неопределённое суждение специалиста по степени тяжести вреда здоровью, следователь вообще не мог достоверно определиться в обязательном признаке объективной стороны преступления, прописанным в ч.1. ст. 264 УК РФ, [44, 45, 46] .

Данное положение вещей не способствует принципу неотвратимости уголовного процесса, тогда как быстрое рассмотрение уголовного дела соответствует интересам потерпевших и обвиняемых.

Тогда, в начале 2000-х, мы поставили себе задачу выйти из этого «неопределённого» положения, обосновав её надлежащее разрешение в аспектах клинической травматологии, организации медицинской помощи, норм уголовного права и практики судебно-медицинской деятельности, (А.Н. Арёмова, 2003; К.В. Лихойванов, В.В. Солодовщиков, 2004; Лихойванов, В.В. Солодовщиков, Н.В. Комарова, 2005; О.С. Куликов, 2006, 2007; М.А. Куликов, 2005, 2006; С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004, 2006; С.Н. Куликов, 2007; С.Н. Куликов, О.С. Куликов 2008), [2, 67, 73, 75, 76, 81, 83, 84, 88, 90, 91, 93, 97, 98].

Закрытые переломы плечевой, бедренной, большеберцовой костей неопасны для жизни в момент причинения уже только по факту диагностики травмы следует относить к категории повреждений, влекущих тяжкий вред здоровью. Должно быть очевидным, что при не оказании медицинской помощи и при ОБЫЧНОМ течении таких повреждений, последние всегда заканчиваются неблагоприятными исходами, влекущими или отсроченное возникновение опасного для жизни состояния или по окончанию острых клинических проявлений, значительную стойкую утрату трудоспособности не менее чем на одну треть.

Правовая и медико-экспертная практика показывают, что результаты оказания медицинской помощи по поводу заболеваний и

травм могут быть негативно оценены пациентом (потерпевшим), особенно когда формируется неблагоприятный исход травмы. В этой связи медицинская помощь (медицинская услуга) и её результаты при субъективном восприятии их получателем услуги, могут стать предметом исковых претензий с его стороны к субъекту оказания медицинской помощи. Данная ситуация юридически правомочна. Тем более, что предоставление платных медицинских услуг приобретает все большее развитие и существует развитый юридический механизм гражданско-правовой ответственности, предусматривающий компенсацию вреда ответчиком, как при наличии вины, так и без таковой. Данные юридические установки следует всецело проецировать на общественные отношения в сфере здравоохранения, например, на такие отношения, как «врач-пациент», «медицинское учреждение – пациент» (ст. ст. 1079, 1083, 1095, 1100 ГК РФ; М.Н. Малеина, 1995), [42, 99].

В этом случае судебно-медицинским экспертам ставят задачу определения причинно-следственных связей между звеньями, составляющими следующую цепь событий. Между фактом травмы (например, образованием закрытого перелома трубчатой кости от действий субъекта, причинившего вред), проведённой по данному поводу медицинской помощью (медицинской услугой), с одной стороны и сформировавшимся неблагоприятным исходом травмы, с другой. В указанной юридической ситуации этот экспертный алгоритм мышления необходим, т.к. предметом иска является медицинская помощь (медицинская услуга).

Возникают правомочные вопросы. Необходимо ли в алгоритме медико-экспертной оценки тяжести вреда здоровью при рассматриваемых нами травмах учитывать оказание медицинской помощи, если по предмету её не заявлено исковых претензий и отсутствует необходимость уголовно-правовой оценки её? Не целесообразно ли определять тяжесть вреда здоровью тот час по факту диагностики перелома, исключив влияние медицинской помощи, по аналогии установления тяжести вреда здоровью по признаку опасности для жизни?

В юриспруденции существуют понятия «Аналогия закона», «Аналогия права». При этом принцип аналогии (от греческого, «*analogia*» – соответствие, сходство), служит средством разрешения конкретных дел при наличии пробела в праве, т.е. когда определённый вопрос должен решаться юридическими средствами, но такое его решение предусмотрено не полностью, [165].

Таким образом, считаем, что в рассматриваемой нами проблеме возможно и целесообразно оценивать тяжесть закрытых переломов плечевой, бедренной и большеберцовой костей неопасных для жизни по принципу медико-экспертной Аналогии. Это суждение относим к гипотезе, т.е. предположению исключения влияния медицинской помощи. Тогда оценка тяжести вреда здоровью будет проецироваться только на факт самой травмы, на её патоморфологические последствия, а стало быть, непосредственно на результат действия субъекта причинившего вред, что в дальнейшем, несомненно, облегчит юридическую интерпретацию противоправного действия. Ведь факт, в форме противоправного действия, с юридической точки зрения уже состоялся, повреждение причинено. Медицинская диагностика повреждения, в нормальных социальных правоотношениях (вне форс-мажорных обстоятельств), происходит максимум в течение нескольких часов от момента причинения травмы. Так зачем же ждать исхода после стадии лечебной реабилитации? Естественно мы не были в истории первыми, кто подвергал данную проблему научному анализу.

Определение вреда здоровью у лиц с закрытыми переломами длинных трубчатых костей на протяжении многих лет было предметом обсуждений советских судебных медиков. Примечательно, что многие из них устанавливали тяжесть таких переломов, не разделяя их на закрытые и открытые, так или иначе, используя единые медико-экспертные критерии.

Одни авторы уделяли особое внимание опасным для жизни осложнениям: травматическому шоку, жировой эмболии, тромбоэмболии, посттравматической пневмонии - наличие которых, позволяет отнести указанные повреждения к тяжким (Ц.В. Блохас, 1956, К.Л. Назаретян, 1961, М.Я. Яблонский, 1961), [9, 104, 166].

Другие учёные подходили к оценке переломов длинных трубчатых костей с учётом характера травмы, локализации переломов, их течения. При этом открытые и закрытые переломы со смещением отломков, а также оскольчатые и косые переломы расценивались как тяжкие повреждения (Н.М. Волкова, 1961; Н.М. Волкова, П.И. Максимов, 1968; К.Л. Назаретян, 1961), [17, 18, 104].

Некоторые авторы предлагали оценивать все переломы длинных трубчатых костей, которые подвергались операции остеометаллосинтеза, независимо от их характера, как тяжкие, в связи с большой вероятностью возникновения опасных для жизни состояний в ходе лечения (К.Л. Назаретян, 1961; Э.Л. Тунина, 1966) [104, 152].

История экспертного регулирования данного вопроса, до издания ещё общесоюзных, т.е. бывших Правил..., показывает интересные данные. Так, в соответствии с действующими тогда «Правилами», на территории части Республик Советского Союза в 60-е и 70-е годы, все переломы плечевой, бедренной и большеберцовой костей признавались повреждениями, вызывающими тяжкий вред здоровью. Такого суждения придерживались судебно-медицинские эксперты Армении, Грузии, Эстонии, Казахстана, Киргизии, Таджикистана, Туркмении, (Н.М. Волкова, П.И. Максимов, 1968), [18].

В.В. Козлов, рассматривая основные критерии оценки переломов длинных трубчатых костей (без клиники опасных для жизни состояний), большое внимание уделял влиянию оказания медицинской помощи на исход и последствия таких травм (В.В. Козлов 1976) [41].

Исходя из специфики рассматриваемой проблемы в течение пятилетнего периода (2000-2004г.г.), мы провели выборку соответствующих случаев травм и их неблагоприятных исходов, сведя её в генеральную совокупность наблюдений количеством 6801. Анализ провели по статистическим материалам травматологической помощи и статистике освидетельствований пострадавших по линии МСЭК в г. Самаре. Параллельно, из текущей клинической и судебно-медицинской практики удалось выявить и подвергнуть анализу ряд монографических наблюдений по их течению и неблагоприятным исходам, когда этапы лечения значительно запаздывали или отсутствовали вовсе, (М.А. Куликов 2005,2006; С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2006; С.Н. Куликов 2007), [73, 75, 76, 83, 84].

Из выше изложенного, считаем, что в научном анализе выбранных данных можно установить степень корреляционной зависимости выраженности неблагоприятных исходов рассматриваемых травм относительно вариантов обстоятельств оказания медицинской помощи. При этом не следует подвергать экспертному анализу качество оказания медицинской помощи, априорно принимая ту установку, что в случаях её этапного оказания качество её было адекватным клинике и морфологии травмы. Хотя, как мы уже указывали выше, в определённой юридической ситуации уже только сам факт проведения медицинской помощи может стать предметом гражданско-правового иска.

Считаем, что наиболее возможными причинами, влияющими на формирование неблагоприятного исхода травмы, являются варианты ситуационных обстоятельств оказания, вернее органи-

зации (ненадлежащего оказания или неоказания вообще) этапов медицинской помощи. При этом рационально рассматривали следующие варианты.

Вариант «А»: надлежащее оказание медицинской помощи (первой и специализированной), как по организации, так и по тактике её (их) исполнения.

Вариант «Б»: отсроченное оказание первой медицинской помощи и надлежащее оказание специализированной медицинской помощи.

Вариант «В»: неоказание первой медицинской и специализированной медицинской помощи.

Известно, что к первой медицинской помощи относят комплекс срочных простейших мероприятий для спасения жизни и предупреждения осложнений при несчастных случаях. Данная медицинская помощь обычно заключается в устранении воздействия повреждающего фактора, оказании неотложной медицинской помощи (остановка кровотечения, наложения шины и т.д.), [12, 13].

К специализированной медицинской помощи относят вид медицинской помощи, оказываемой врачами специалистами в специально предназначенных для этой цели лечебных учреждениях или отделениях. При этом используют специальную лечебно-диагностическую аппаратуру, инструментарий и оборудование, [13].

В этой связи статистический анализ генеральной совокупности наблюдений по интересующим травмам позволил классифицировать неблагоприятные исходы их по патоморфологическим формам, основным критерием которых явился признак: возникновение стойкой утраты трудоспособности (от 10 % до 50 %).

Для решения вопроса о принадлежности частот сравниваемых выборок патоморфологических форм неблагоприятных исходов закрытых диафизарных переломов, была проведена их статистическая обработка. Сравнимые выборки количеств неблагоприятных исходов имели устойчивое распределение в генеральных совокупностях наблюдений [96, 111, 127].

Так, большее количество неблагоприятных исходов мы были вынуждены отнести к обстоятельствам надлежащего оказания медицинской помощи. Установленный перечень патоморфологических форм таких исходов, был составлен применительно к Таблице утраты трудоспособности в результате различных травм, предусмотренных условиями личного страхования, действовавшей с 1 сентября 1974 года, [144].

На том основании, независимо от локализации рассматриваемых переломов (плечо бедро, голень) выделили четыре патоморфологических формы неблагоприятных исходов, возникающих даже после своевременного оказания медицинской помощи, а именно: все степени контрактуры близлежащих суставов (1), деформация (укорочение) конечности (2), ложный сустав (3), несросшийся перелом (4). По двум последним вариантам обстоятельств организации медицинской помощи (вариант «Б», вариант- «В»), удалось изучить ряд монографических наблюдений из клинической и экспертной практики, которые констатировали формирование неблагоприятных исходов, всегда заканчивающихся значительной стойкой утратой трудоспособности более 33 %, (Артёмова А.Н. 2003; С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004; М.А. Куликов 2005, 2006; К.В. Лихойванов, В.В. Солодовщиков 2004; К.В. Лихойванов, В.В. Солодовщиков, Н.В. Комарова, 2005), [3, 67, 83, 84, 97, 98].

В контексте проработки поставленной проблемы, только по бедренной кости, получили следующие данные, (С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004; М.А. Куликов, 2005, 2006), [67, 75, 83, 84].

К 2004 году, нами был проведён анализ статистического материала по процессам диагностики, клиники и реабилитации в связи с закрытыми переломами бедра у лиц обоего пола в возрасте от 18-35 до 55-65 лет. Выборку наблюдений произвели по населению г. Самары в массе 157 медико-экспертных случаев по материалам Бюро Медико-Социальной Экспертизы (МСЭК) №№ 5, 16 и 21 за 2000-2002 г.г. . При этом изучение данных МСЭК производили относительно статистическим сводкам оказания травматологической помощи больным, прошедшим стационарное лечение с закрытыми переломами бедра по области и областному центру за 2000-2003 г.г. . Поиск наблюдений в контексте изучения не лечённых закрытых переломов бедра, проводили по материалам экспертных (секционных) случаев в ГУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы Самарской области (за 2001-2003 г.г.).

Как мы и ожидали, наблюдения по не лечённым закрытым перелому бедра, оказались чрезвычайно редки, их следует отнести к разряду казуистики (и это хорошо). Но именно подобные случаи обладают доминантной информативностью, т.к. обладают особой ценностью в доказательстве того или иного изучаемого явления. Иначе говоря, надо было попытаться обнаружить факт того, что травма (закрытый перелом бедра, не опасный для жизни, «получен») и при этом никакой медицинской помощи оказано не было.

Но обстоятельства человеческого бытия разнообразны и реальная жизнь может преподносить различные примеры аномалий социальных отношений (т.е. полное отсутствие их нормы).



Так, в 2002 году, при судебно-медицинском исследовании трупа мужчины 50-летнего возраста, без внешних признаков насильственной смерти, были установлены следующие данные. Обстоятельства обнаружения трупа и отсутствие документальных свидетельств, устанавливающих личность гражданина, позволили определить его при жизни в категорию лиц без определённого места жительства. При наружном исследовании трупа обращала на себя внимание грубая деформация правого бедра. Последнее было укорочено и резко увеличено в

объёме, примерно в 2 раза по сравнению с левым. Кожные покровы правого бедра имели красно-желтоватую окраску. Определялась флюктуация и патологическая подвижность его на уровне средней и верхней трети. Был диагностирован застарелый винтообразный перелом правого бедра на протяжении верхней и средней трети диафиза с большим расхождением отломков по длине и ширине с интерпозицией мягких тканей. Макроскопическая структура краёв центрального и периферического отломков диафиза, выраженная воспалительная реакция костной ткани и мышечного футляра вокруг перелома свидетельствовала о длительном периоде «переживания» перелома, продолжительностью не менее 6-8 недель.

На приведённой (см. выше) иллюстрации представлен фотоснимок макропрепарата области обнаруженного неконсолидированного перелома (вид сзади). Видна заглаженность краёв изломов, компактное и губчатое вещество костной ткани в проекции плоскостей перелома было рыхлым, мелкочаеистым с выраженными признаками гнойного остеомиелита. Чрезвычайно изменены были нормальные очертания верхней трети бедренной кости (суставной головки, шейки и вертельной зоны бедра). Никаких признаков костной мозоли (фиброзной или костной) между отломками не было установлено. На данной иллюстрации воспроизведено взаиморасположение центрального (сверху) и периферического (внизу) кос-

тных отломков, как оно было выявлено при исследовании области перелома в секционной. Отсюда видно, что интерпозиция мягких тканей между отломками была значительна.

В дальнейшем предполагаемая длительность клиники травмы (от момента причинения перелома до момента смерти пострадавшего) была подтверждена оперативно-розыскными данными. Так, было установлено, что группа лиц аналогичного социального статуса периодически «ухаживала» за своим пострадавшим товарищем в течение более 3-х месяцев, вплоть до наступления его смерти. Травма возникла ещё раньше, вероятнее всего в условиях падения с высоты роста. Достоверно установить обстоятельства происшествия нам не удалось (какие-либо дополнительные сведения по материалам проверки данного случая нам не представили). Смерть несчастного субъекта, как было установлено по судебно-медицинскому исследованию его трупа, непосредственно наступила от двусторонней плевропневмонии с выраженными элементами карнификации (нагноения), развившейся на почве гнойно-септического очага воспаления в области перелома. После мы не ставили себе задачу, проследить дальнейшее юридическое «реагирование» по данному случаю.

При анализе статистических данных по оказанию травматологической помощи, относительно рассмотрения наблюдений по материалам МСЭК, за указанные выше периоды времени, выявили следующую закономерность.

Так, по Самаре проходили лечение с закрытыми переломами бедра, в среднем ежегодно, около 200 человек. При этом ежегодно, в среднем, 50 человек, т.е. каждый четвертый, проходили первичное освидетельствование по линии МСЭК, в связи с неблагоприятными исходами травм рассматриваемого характера и локализации. Следует справедливо заметить, что согласно Приказу Минздрава РФ от 08.04.1996 г «О временных отраслевых стандартах объёма медицинской помощи» все потерпевшие, «проходящие» по соответствующей медицинской документации, своевременно и в полном объёме получили доврачебную, амбулаторно-поликлиническую помощь, специализированную медицинскую помощь. В ходе последней всем им был проведён хирургический метод лечения, в форме очагового экстр- или интрамедуллярного остеосинтеза.

Сам факт причинения «хирургической агрессии» на фоне развития общих адаптационных реакций организма в ответ на травму таит в себе риск возникновения жировой эмболии, (Ц.В. Блохас, 1956; К.Л. Назаретян 1961; М.Я. Яблонский, 1961; И.И. Дерябин,

О.С. Насокин, 1987; Г.П. Котельников, И.Г. Чеснокова, 2002; С.А. Селезнёв, С.Ф. Багненко, Ю.Б. Шапота, А.А. Курыгин 2004), [9, 49, 104, 148, 149, 166].

Отсюда видно, что сама специализированная (хирургическая) помощь, как неотъемлемая часть лечения таких потерпевших, даже выполненная безусловно, может привести к возникновению этого грозного послеоперационного осложнения, являющегося опасным для жизни.

Из 157 медико-экспертных случаев (по материалам МСЭК), мы выделили 5 (пять) наиболее характерных вариантов неблагоприятных исходов рассматриваемой травмы, влекущих стойкую утрату трудоспособности не менее 33% (всего 26). И это при условии того, что больные организационно надлежащим образом, были проведены по всем этапам лечения.

Варианты определившихся неблагоприятных исходов, повлекших значительную стойкую утрату трудоспособности не менее чем на одну треть в связи с закрытыми переломами бедра, не опасными для жизни, были следующими:

1. Ложный сустав.
2. Несросшийся перелом с интерпозицией мягких тканей и значительным диастазом отломков.
3. Значительное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах (резко выраженные контрактуры).
4. Резко нарушение статики, обусловленное грубым укорочением конечности (на 6 и более см).
5. Комбинации исходов «3» и «4» с резко выраженной гипотрофией бедра.

Проанализированные на то время полученные данные убедительно показали нам перспективную «жизнеспособность» выдвинутой концепции медико-экспертного критерия. Мы укрепились в сознании того, что действительно, существуют объективные морфологические признаки, объективно позволяющие относить рассматриваемые травмы, уже по факту их диагностики, к категории тяжких повреждений. Признак позволяющий давать такую оценку данным повреждениям лежит в Аналогии судебно-медицинской экспертной оценки тяжести вреда здоровью по обычно неблагоприятному исходу травм, опасных для жизни, когда оказание медицинской помощи не принимают во внимание.

Данное суждение убедительно подтверждали и результаты проведённого нами анкетирования врачей-специалистов, так или

иначе сталкивающихся в своей профессиональной деятельности с проблемой, как клинического ведения рассматриваемых травм, так с медико-экспертной оценкой их тяжести. В анкетном опросе участвовали врачи судебно-медицинские эксперты, врачи травматологи, врачи-эксперты учреждений медико-социальной экспертизы Самарского областного центра. В общей сложности, было опрошено 37 специалистов. С этой же целью провели в 2006 году, совместное заседание студенческих научных кружков кафедр (кафедры судебной медицины и кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии), с участием высоко квалифицированных травматологов, где коллегиально и всесторонне обсудили рассматриваемую тему. Девять пунктов анкетного опроса были посвящены критическому анализу гипотезы, содержание которой, в частности, заключалось в следующем: влияние медицинской помощи (первичной, специализированной) не должно приниматься во внимание в судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью по фактам травм рассматриваемой локализации. Неоказание медицинской помощи, при таких травмах, как правило, влечёт значительную стойкую утрату трудоспособности не менее чем на одну треть.

Анализ результатов анкетного опроса показал, что положения выдвинутой гипотезы, разделяют все опрошенные врачи-специалисты (врачи травматологи в том числе). В этой же связи, на данном коллегиальном обсуждении затронули тему об аспектах медико-экспертной оценки тяжести вреда здоровью по фактам тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, произведённых в связи с переломами шейки бедра травматического происхождения, которая тоже оказалась не безынтересной. В дальнейшем, собрали соответствующий материал по Самарскому региону, который в последующем был представлен в докладах на студенческих научных конференциях, (О.С. Куликов, 2006, 2007), [88, 90, 91, 93].

2.2. Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью по исходу тотального эндопротезирования тазобедренного сустава

По данным литературы и статистическим отчетам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), число больных с переломами шейки бедренной кости во всем мире в 1990 г. составило 1,3 миллиона человек. Согласно прогнозам, в 2025 г., это число удвоится. К 2050 г. достигнет 4,5 млн. в год, (И.Нуждин, Т.П. Попова, А.С., Бовашев, Л.И. Мунина, 2003; S.R. Cummings, S.M. Rubin, D. Black 1990; M.J. Parker, 2000; J.Tidermark, 2002), [107, 168, 169, 170].

Увеличивается частота переломов шейки бедра (в дальнейшем - П.Ш.Б.) и в России. (Е.Е.Мицкевич, А.А. Жиляев, Т.П. Попов, 1999; В.И.Нуждин, Т.П. Попова, А.С., Бовашев, Л.И. Мунина, 2003), [103, 107].

Тенденцию роста частоты данной травмы в Самарском регионе показал результат анализа материалов ежегодных статистических отчетов травматологической помощи по ведущим госпитальным медицинским учреждениям Самарской области за 5-летний период (2001-2005 г.г.).

В этой связи, нами установлено, что в среднем на 0,06 % ежегодно, происходит прирост абсолютных показателей П.Ш.Б.. Последние составили, в среднем, в год 1,5 % от всего количества травматических локализаций, относившихся к повреждениям опорно-двигательной системы. Обстоятельства причинения рассматриваемой травмы, в подавляющем большинстве случаев, пришлось на бытовой и уличный травматизм среди лиц пожилого возраста 60 - 65 лет, (О.С. Куликов, 2006, 2007), [88, 90, 91, 93].

Обстоятельства причинения П.Ш.Б., как и обстоятельства любой другой травмы, могут стать предметом юридического расследования в уголовном или гражданском процессе. При этом факт причинения повреждения неизбежно должен быть подвергнут судебно-медицинской оценке с целью определения тяжести вреда здоровью. В свою очередь, судебно-медицинская оценка, всегда бывает связана с анализом результата проведенного лечения, например, ортопедической Операции Тотального Эндопротезирования (ОТЭ) Тазобедренного Сустава (ТС).

Целью проводимых работ явилось желание объективно обосновать право на существование гипотезы о том, что изменение (ограни-

чение или увеличение) движений в имплантированном эндопротезе тазобедренного сустава следует расценивать, с медико-экспертной точки зрения, как прямые последствия ОТЭ, а не как прямые последствия факта травмы, например, перелома шейки бедра. **Сам факт перелома шейки бедра (закрытого, даже не вызывавшего опасности для жизни), следует отнести к причинению тяжкого вреда здоровью по признаку опасности возникновения значительной стойкой утраты трудоспособности не менее чем на 1/3 (> 33%)³. При этом влияние оказания медицинской помощи учитывать не следует.**

В этой связи, задачами исследования явились:

1- проведение анализа частоты ОТЭ тазобедренного сустава по самарскому региону с учетом видов травматизма;

2- изучение основных ортопедических технологий производства ОТЭ тазобедренного сустава в зависимости от конструкции эндопротеза;

3- проведение анкетирования врачей-специалистов (травматологов, медицинских экспертов) на предмет критической оценки гипотезы, представленной в формулировке цели работы;

4- проведение анализа монографического случая наблюдения из судебно-медицинской экспертной практики.

По мере выполнения поставленных задач получили следующую информацию.

Данные специальной литературы свидетельствуют, что в связи с быстрыми темпами роста патологии тазобедренного сустава (не только травматического генеза), с одной стороны и внедрением современных ортопедических технологий, с другой, за последнее десятилетие в России широкое распространение получило радикальная хирургическая тактика. Последняя заключается в операции Тотального Эндопротезирования Тазобедренного Сустава (ТЭТС), (М.В. Казарезов, А.М. Королёва, В.А. Головнёв, 2002; К.И. Шапиро, 1993; В.И. Нуждин, Т.П. Попова, А.С. Бовашев, Л.И. Мунина, 2003; О.Ш. Буачидзе, Г.Н. Оноприенко, В.П. Волошин, В.С. Зубиков, 2004), [6, 34, 107, 161].

3 См. информационное письмо № 10-2/2199 от 11.10.2001 г. Минздрава РФ, где, в частности, было указано: *«Департамент организации и развития медицинской помощи населению, в связи с отказом Минюста России в государственной регистрации приказа Минздрава России от 10.12.1996 № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз» и изданием приказа Минздрава России от 14.09.2001 г. № 361 «Об отмене приказа Минздрава России от 10.12.1996 № 407», рекомендует в своей текущей работе временно руководствоваться основными положениями правил, утверждённых Минздравом СССР ... Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений, утверждённых приказом Министерства здравоохранения СССР от 11.12.78 г. № 1208.»*

Проанализированные нами статистические данные, целенаправленно полученные из информационной базы МИАЦ (Медицинского Информационного Аналитического Центра) Министерства здравоохранения Самарской области за 2000-2004 г.г., показали аналогичную тенденцию и по самарскому региону. На указанный период времени, в Самарской области ТЭТС производили, в Самарской Областной Клинической Больнице им. М.И. Калинина (СОКБ им. Калинина) и в трёх больницах г.Тольятти и г. Сызрани. Эти данные отражены ниже в Таблице-1. Так, по Самарскому региону за 2000-2004 г.г. было произведено всего 1038 операций ТЭТС. Из них 835 (80,4 %), пришлось на СОКБ им. Калинина. При этом в данном мед. учреждении, за указанный период времени, наблюдался прогрессивный количественный рост рассматриваемых ортопедических операций, в среднем на 20,4 %.

Таблица-1

Медицинские учреждения Самарского региона	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	ВСЕГО
ЦГБ г. Сызрани	-	1	-	-	-	1
ГБ №2 им. Банькина г. Тольятти	-	1	-	-	-	1
ГКБ №5 г. Тольятти	15	23	46	62	55	201
СОКБ им. Калинина	114	144	171	204	202	835
ИТОГО	129	169	217	266	257	1038

Таблица-2

Характеристики показателей относительно операций ТЭТС по поводу травм	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	ВСЕГО
мужчины	3	5	2	4	2	16
женщины	6	16	11	16	16	65
<u>Возраст:</u>						
до17 лет	-	-	1	-	-	1
18-59	1	6	4	6	3	20
60 лет и старше	8	15	8	15	15	60
<u>Вид травмы:</u>						

Характеристики показателей относительно операций ТЭТС по поводу травм	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	ВСЕГО
промышленная	-	-	-	-	-	-
с/хозяйственная	-	-	-	-	-	-
строительная	-	-	-	-	-	-
дор. транспортная производственная	-	-	-	-	1	1
бытовая	-	-	-	4	7	11
уличная	-	-	-	4	-	4
дор. транспортная непроизводственная	-	-	-	2	1	3
школьная	-	-	-	-	-	-
спортивная	-	-	-	-	-	-
ИТОГО	18	42	26	50	45	181

Вместе с тем, количество операций эндопротезирования только по поводу травм тазобедренного сустава, за рассматриваемый период, составило всего 181 случай или 17,4% от общего количества операций (1038). При этом по видам травматизма статистический учет в МИАЦ, стали вести только с 2003 года (см. Таблицу-2).

В силу интересующей нас проблемы количество наблюдений, попадающих (или могущих попасть) в спектр судебно-медицинского анализа, было невелико. За 2003 г. – 10, за 2004 г. – 9 наблюдений. Всего 19 за рассматриваемый пятилетний период (указанные количественные показатели выделены в Таблице-2 жирным шрифтом).



Таким образом, это были те наблюдения внутрисуставных переломов шейки бедра (см. ниже фотографию рентгенограммы), которые относились к тем или иным видам травматизма, т.е. когда по данным фактам могли быть возбуждены уголовные дела или со стороны потерпевших могли быть заявлены гражданско-правовые иски о возмещении вреда.

Обстоятельства причинения переломов шейки бедра, по поводу которых произвели 19 операций ТЭТС, относились к транспор-

тной и бытовой травме и к несчастным случаям на улице. Эндопротезирование (от греч. endo – внутри, от франц. prothese, от греч. prosthesis – присоединение, прибавление) – замещение эндопротезами элементов опорно-двигательной системы или частей внутренних органов. Хирургические вмешательства в связи с эндопротезированием получили наибольшее распространение в ортопедии и травматологии. В этой области хирургии наибольшее распространение получили эндопротезирование тазобедренного сустава.



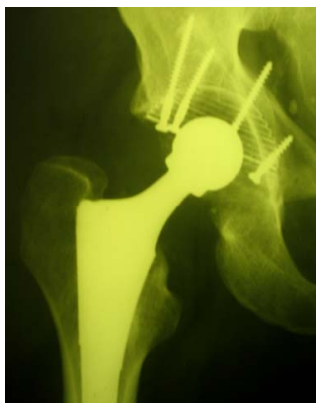
В настоящее время для эндопротезирования тазобедренного сустава используют эндопротезы двух принципиально разных конструкций (однополюсной на верхней, и двухполюсные - на нижних фотографиях).

В первом случае, по производству операции, движения в эндопротезе осуществляются за счет выносной трибологической пары. На представленной иллюстрации представлен извлечённый посмертно, однополюсной эндопротез (срок функционирования 12 лет). Это менее травматическая операция показана при медиальных переломах шейки бедра, у больных с соматическими заболеваниями предшествующими проведению протезирования двухполюсным эндопротезом.

Двухполюсные протезы отличаются тем, что протезируют оба конца тазобедренного сустава.



Представлены иллюстрации двухполюсных протезов с мягким соединением трибологической пары. Каждая из них имплан-



тируется отдельно с последующей сборкой. Протезы также отличаются по способу фиксации к костям. Применяют цементную фиксацию, когда компонент эндопротеза фиксируется в подготовленное ложе с помощью костного цемента. К ним относят вышеназванные протезы.

Бесцементная фиксация, когда компоненты эндопротеза фиксируются в костное ложе механически, с использованием спонгиозных винтов. К ним относят протезы фирмы «ФЕ-

НИКС», Цваймюллера, Ричардса. Существуют эндопротезы с комбинированной фиксацией (с помощью цемента и спонгиозных винтов). При отсутствии противопоказаний к операции, (при медиальных переломах шейки бедра) ТЭТС является радикальным методом хирургического лечения. Однако, как отмечают в специальной литературе, несмотря на широкий выбор металлоимплантантов и тактик проведения ортопедических операций (ТЭТС), частота неудовлетворительных исходов лечения, нарушающая кинематику движений в имплантированном искусственном тазобедренном суставе, остаётся значительной (от 10 до 45%). В этой связи, возрос интерес к исследованиям исходов лечения внутрисуставных переломов (Мицкевич Е.Е., Жиляев А.А., Попова Т.П. 1999; М.В. Казарезов, А.М. Королёва, В.А. Головнёв, 2002; Tidermark J. 2002), [34, 103, 170].

Вместе с тем, отдельным образом отмечают, что тромбэмболии, включающие тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбэмболию легочной артерии, являются наиболее распространённым и трудно диагностируемыми осложнениями эндопротезирования тазобедренных суставов. Указанные осложнения, по понятным причинам, могут вызывать опасные для жизни состояния, приводящие к летальному исходу (Баешко А.А. 2001; Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш. 2002; Савельев В.С. 1999), [5, 30].

Следует также указать на то, что целесообразность производства ТЭТС, в связи с травматическим переломом шейки бедра, двойка, т.к. существует риск нарушения нормы анатомо-функциональных свойств данного сегмента опорно-двигательной системы.

Но положительно то, что она (операция) радикально «снимает» опасность вялой консолидации (или полного отсутствия её во времени) в проекции перелома, в связи с особенностью кровоснабжения шейки бедра.

Особенности кровоснабжение этой анатомической зоны следующие. От переднего ствола внутренней подвздошной артерии отходит ветвь запирающей артерии, которая кровоснабжает шейку и головку бедренной кости. Вместе с тем артерии огибающие головку бедренной кости отдают ветви в зону шейки и головки бедра. Таким образом, кровоснабжение головки и внутрисуставной части шейки бедра происходит только за счет концевых отделов периферической артериальной сети двух артериальных ветвей (запирающей артерии, артерии огибающие шейку и головку). Именно этим всегда обусловлена вялая консолидация внутрисуставных переломов шейки бедра. Плоскость излома полностью прекращает нормальное кровоснабжение головки бедра и центрального отломка шейки его. Кроме того, внутрисуставная поверхность, как головки, так и шейки бедра лишена периостального слоя, который является по моменту образования других переломов во внесуставных участках костей производителем фибробластов и остеобластов, служащих для формирования первичной фиброзной костной мозоли. Отсюда развитию костной мозоли (замедленному её развитию) будет способствовать только эндост (Уотсон-Джонс, 1971; А.Ф. Краснов, В.Ф. Мирошниченко, Г.П. Котельников, 1995; В.С. Савельева, 1999; М.Р. Сапин, Г.А. Билич, 2001; О.Ш. Буачидзе, Г.Н. Оноприенко, В.П. Волошин, В.С. Зубиков, 2004; М.В. Казарезов, И.В. Бауэр, А.М. Королёва, 2004), [2, 6, 50, 128, 150, 155].

Эндопротез тазобедренного сустава должен выполнять (замещать) необходимую биомеханику повреждённого сегмента опорно-двигательной системы, несущей большую нагрузку и амплитуду движений. Отсюда следует, что не может быть никакой гарантии того, что после проведения операции эндопротезирования, эта функция не изменится в сторону уменьшения.

Реальная опасность лежит в «вовлечении» в операционную зону прикреплений внутренних мышц бедра и ягодичной области. А также периферических нервов, (М.В. Казарезов, А.М. Королёва, В.А. Головин, 2002; О.Ш. Буачидзе, Г.Н. Оноприенко, В.П., Волошин, В.С., Зубиков В.С., 2004; Н.В. Корнилов, 2004), [6, 34, 151].

Известно, что норму объема движений в ТС (сгибание 90-1000, разгибание 60-700, отведение 40-600, наружная ротация 80-900,

внутренняя ротация 35-450), обеспечивается за счет внутренней и наружной групп мышц таза и мышц свободной нижней конечности. В латеральную зону остеотомии при операции эндопротезирования ТС, когда бедренный конец эндопротеза внедряют в костно-мозговой канал, могут попасть зона прикрепления грушевидной мышцы, зона средней ягодичной мышцы и зона прикрепления наружной запирательной мышцы. Прикрепление первых двух мышц лежат в вершине большого вертела, прикрепление наружной запирательной мышцы в области вертельной ямки. Указанные мышцы осуществляют функции: грушевидная мышца поворачивает бедро кнаружи и незначительно отводит его, средняя ягодичная выполняет функцию отведения бедра, наружная запирательная – поворачивает бедро кнаружи. Кроме того, в ходе хирургического вмешательства эндопротезирования отделяют латеральный край капсулы ТС, лежащей спереди по межвертельной линии и сзади по межвертельному гребню, что также может нести в себе опасность излишнего ятрогенного повреждения еще 9 мест прикрепления других мышц таза и бедра, обеспечивающих норму движений в ТС. Иннервация ТС осуществляется бедренным, запирательным, седалищным нервами. Суставные ветви нервных сплетений надкостницы формируют нервное сплетение фиброзной мембраны, которые всегда подвергаются травмированию при рассматриваемых переломах и не исключено, что и при производстве ТЭТС (М.Р. Сапин, Г.А. Билич, 2001; О.С. Куликов, 2006, 2007), [2, 88, 90, 91, 93].

Таким образом, само лечение (специализированное оказание медицинской помощи в форме ТЭТС), помимо предшествующего факта причинения травмы, в немалой степени вероятности может причинить побочный (ятрогенный) вред, в следствии хирургической «агрессии» (ятрогенный, от греческого *iatros* - «врач»), (А.А. Грандо, 1988), [21].

Именно указанная вероятность возникновения побочного ятрогенного вреда (как «хирургической агрессии»), при производстве ТЭТС, легла в основу выше указанной гипотезы, сформулированной нами в цели настоящей работы. В процессе судебно-медицинской оценки тяжести вреда здоровью по поводу закрытого перелома шейки бедра, влияние медицинской помощи рассматривать не следует.

В этой связи, проведение анкетирования врачей-специалистов (травматологов, медицинских экспертов) на предмет критической оценки данной гипотезы, показало её жизнеспособность.

Так, 100% участников опроса указали на то, что объём движений в искусственном (имплантированном) тазобедренном суставе всецело зависит от ряда факторов. Во-первых, от конструкции самого эндопротеза. Во-вторых, от методики и эффективности его имплантации в суставные концы. В-третьих, от предшествующей травме остеогенной патологии в области тазобедренного сустава. Причём в процессе анкетирования и последующей дискуссии по данной теме на совместном заседании студенческих научных кружков (2006 г.), нашей кафедры и кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии, участвовали ведущие специалисты в травматологии из Клиник СамГМУ. К тому времени в отделении травматологии Клиник СамГМУ уже был опыт проведения более 20 операций ТЭТС. Принципиальная составляющая выдвинутой гипотезы не вызвала сомнений у врачей-специалистов в области травматологии.

В этой связи, 100% респондентов, указали на невозможность наступления благоприятного исхода при закрытом переломе шейки бедра без оказания медицинской помощи (первичной и специализированной).

В контексте темы представляет интерес монографический случай из судебно-медицинской практики.

Пострадавшей В. ... 69 лет, 14.01.2005 г. при обстоятельствах ДТП был причинен закрытый медиальный субкапитальный (подголовочный) перелом шейки левой бедренной кости с полным поперечным смещением отломков, без объективных клинических признаков опасных для жизни. Спустя шесть суток, от момента причинения травмы, пострадавшей в стационаре СОКБ им. М.И. Калинина была произведена операция эндопротезирования двухполюсным протезом с замещением левого тазобедренного сустава. В дальнейшем, данный прецедент рассматривали в уголовном процессе, где усматривали признаки состава преступления по ч. 1 ст. 264 УК РФ *«Нарушение лицом, управляющим автомобилем ... правил дорожного движения ... повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека ...»*. Шесть месяцев спустя, судебно-медицинские эксперты, в комиссионном порядке, установили прямую причинно-следственную связь между травмой, с одной стороны и выраженным нарушением функции в тазобедренном и коленном суставе слева, по исходу, в форме контрактур. Причем, экспертный анализ какой-либо информации о состоянии опорно-двигательной функции левой нижней конечности до травмы у потерпевшей, от-

существовал. В силу чего, основным критерием оценки тяжкого вреда здоровью по исходу, стали «проценты» стойкой утраты трудоспособности, которые, применительно к п.п. 137 «б)», п. 147 «б)» Таблицы процентов утраты трудоспособности, в сумме составили более 33%. Что и было фактически, напрямую связано с изменением функции в искусственном левом тазобедренном суставе, [144].

Вместе с тем, очевидно чувствую шаткость в логике такого заключения, отдельным пунктом в судебно-медицинских выводах, совершенно правильно было указано: «... При обычном течение без оказания медицинской помощи медиальные субкапитальные переломы шейки бедренной кости ... закономерно приводят к значительному нарушению функции тазобедренного сустава и нижней конечности и значительной стойкой утрате общей трудоспособности свыше 1/3, следовательно, указанное повреждение у гр.-ки Н (без учета медицинского вмешательства) по признаку стойкой утраты общей трудоспособности следует квалифицировать как **ТЯЖКИЙ вред здоровью**». Однако на то время, ещё не существовали в наших Правилах и медицинских критериях определения степени тяжести вреда здоровью, медицинского критерия, обоснованного гипотезой оценки повреждения не опасного для жизни, уже по факту его причинения и без влияния медицинской помощи.

Так в чём же была крамола, относительно судебно-медицинских экспертных выводов? Вообще-то ни в чём, если учитывать только «конечный выход» из экспертных выводов только с медицинской точки зрения и не касаться задач процесса правосудия (за что должно отвечать виновное лицо?). И по бывшим Правилам – «выходил» тяжкий вред здоровью, но по исходу. И по указанной выше гипотезе, тем не менее, проговорённой в выводах экспертов, тоже «выходил» тяжкий вред здоровью, но только тотчас по факту причинения повреждения, т.е. когда признак объективной стороны преступления (опасные последствия в виде тяжкого вреда здоровью), был непосредственно материален. Был перелом, т.е. была травма, значит, до момента производства ТЭТС, был судебно-медицинский идентификационный признак, обозначающий явление (образование травмы), относящееся к обстоятельствам, расследуемым по делу.

В дальнейшем, в процессе судебного следствия, это явилось обоснованным поводом к выдвижению адвокатом обвиняемого соответствующих контраргументов. Адвокатом, проводившим надлежащую юридическую оценку экспертного заключения в той части экспертного исследования и выводов, о которой мы выше рассуждали.

Защитником обвиняемого была подвергнута сомнению прямая причинно-следственная связь, проведённая в судебно-медицинском заключении, между контрактурами в тазобедренном и коленном суставах (на «искусственном» тазобедренном суставе), с одной стороны и самой травмой (переломом шейки бедра, которого уже не было). Завершая констатацию данной претензии, адвокат совершенно последовательно и логично сформулировал предположение, могущее быть юридическим основанием к назначению повторной экспертизы: *«Отсюда не исключено, что тотчас по факту, данное повреждение могло быть отнесено к категории травм, влекущих не тяжкий вред, а вред здоровью средней тяжести. Опасности для жизни у пострадавшей не было, перелом был закрытый. Ведь, Ваша честь, прямых доказательств о прямой причинно-следственной связи между переломом, как таковым, и контрактурами нет ...»*. Вполне понятно, что эти претензии внесли ненужную нервозность в процессуальные взаимоотношения участников судебного процесса, но по сути претензии эти были верны.

Таким образом, в медико-экспертной оценке формирования последствий перелома шейки бедра, не следует учитывать влияние оказания медицинской помощи, особенно если это заключалось в хирургической операции ТЭТС. Следует иметь в виду, что медицинская помощь (производство ТЭТС) может вызывать самостоятельные побочные неблагоприятные последствия. Факт образования последних может быть допустимым юридическим основанием предъявления исковых претензий со стороны больного к субъекту оказания медицинской помощи.

С каждым подобным судебно-следственным эпизодом мы всё более укреплялись в убеждении, что надлежащим образом корректировать наши Правила судебно-медицинской диагностики тяжести вреда здоровью необходимо. При этом нам не надо ставить себе цель, как-либо изменить гипотезы ст.ст. Уголовного Кодекса РФ, относительно юридической номенклатуры квалифицирующих признаков тяжкого, средней тяжести и лёгкого вреда здоровью. В частности, в ст.ст. 111 *«Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью»*, 112 *«Умышленное причинение средней степени тяжести вреда здоровью»*, 115 *«Умышленное причинение лёгкого вреда здоровью»* и в производных им статьях (ст. 264, ч. 1, в том числе), где признаки гипотезы преступления существуют в зависимости от формы вины. Надо договариваться об общем понимании оценки (нами судебными медиками) соответствующих медицинских при-

знаков, которые бы логично, с точки зрения физиологии человека (потерпевшего или иного лица), «выводили» юристов на квалификацию преступлений, состав которых относится к перечисленным выше постатейным материалам Уголовного Кодекса РФ и (или) к ст. Кодекса РФ Об Административных Правонарушениях 12.24. *«Нарушение Правил дорожного движения или правил эксплуатации транспортных средств, повлекшее причинение лёгкого или средней тяжести вреда здоровью потерпевшего».*

В итоге это будет не только упорядочением нашей экспертной работы, но и будет иметь положительное социальное значение. Положительное социальное значение уже только в том, что в производстве значительного количества судебных экспертиз, будет снята проблема «выжидания» исхода травмы, что неоправданно удлинняет, сроки производства экспертных заключений, а отсюда вносит «сумятицу» в сроки производства уголовных дел.

И морально-этическое, и социальное, и правовое значение фактора времени, обуславливающего длительность течения юридического процесса, наглядно показал «хронический» судебносудебный прецедент, о котором мы поведём речь в следующей части настоящей главы.

2.3. О судебном прецеденте пятнадцатилетней длительности, «спровоцированном» «старыми» Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений

В периметре лобового стекла стремительно приближалась идущая навстречу, по обочине асфальтовой ленты, фигура пешехода. В следующее мгновение водитель почувствовал мягкий удар по корпусу автомобиля. Тело двадцатидвухлетней девушки проскользнуло по капоту его «Жигулёнка», проехало вверх по лобовому стеклу. Липкое чувство страха охватило человека за рулём. Не снижая скорости, поднимая столб пыли по обочине, машина съехала по скату дорожной насыпи и унеслась прочь с места происшествия. Был погожий майский день 1992 года и свободная, в четыре полосы, загородная трасса полуторамиллионного города.

У потерпевшей, по оказанию скорой медицинской помощи и при обследовании в госпитальном отделении городской больницы была диагностирована сочетанная механическая травма:

-**закрытый** косопоперечный перелом правой бедренной кости в верхней трети со смещением центрального и периферического отломков (как основное повреждение);

-помимо чего установили закрытый перелом левой локтевой кости в верхней трети со смещением отломков, объективно констатировали наличие закрытой черепно-мозговой травмы в форме сотрясения головного мозга, мелкие ушибленные раны и ссадины в области лица, ссадины передней поверхности грудной клетки и конечностей.

Объективных клинических признаков, могущих свидетельствовать о состоянии опасном для жизни у потерпевшей, как в момент поступления, так и в последующее время пребывания в стационаре больницы, не было зафиксировано в медицинской документации, относящейся к делу. Семнадцать дней спустя, считая от первого дня госпитализации, который соответствовал дате совершения автодорожного происшествия, в плановом порядке потерпевшей была выполнена хирургическая операция: *«внутрикостный остеосинтез правого бедра штифтом ЦИТО»*. Одновременно была произведена операция: *«накостный остеосинтез левой локтевой кости компрессионной металлической пластиной»*. Оперативные вмешательства прошли без осложнений. Фиксирующие

металлоконструкции были удалены в плановом порядке: внутрикостный штифт ЦИТО правого бедра и пластинка накостного остеосинтеза левой локтевой кости – через 19 недель после операции остеосинтеза обеих костей. Консолидация переломов состоялась удовлетворительно, укорочения (деформации) правого бедра не обнаруживали.

Через четыре года (в 1996 году), в ходе уголовного судебного следствия по данному факту причинения телесных повреждений, в период действия УК (УПК) РСФСР, была произведена первичная комиссионная судебно-медицинская экспертиза с экспертным обследованием пострадавшей. В состав экспертной комиссии входили следующие врачи-специалисты: врачи судебно-медицинские эксперты, врач травматолог-ортопед, врач-невролог.

Наиболее отягощёнными по тяжести, согласно Правилам судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений 1979 г., были определены следующие травмы: закрытый перелом правого бедра и закрытый перелом левой локтевой кости. Данные повреждения, ввиду отсутствия признаков опасности для жизни в момент причинения, ввиду отсутствия каких-либо признаков значительной стойкой утраты трудоспособности (не менее 1/3), были отнесены к менее тяжким телесным повреждениям, повлекшим за собой длительное расстройство здоровья на срок свыше трёх недель. Вместе с тем, по определившемуся исходу переломов бедра и локтевой кости, на основании соответствующих пунктов нормативных документов, действовавших на то время, и относящихся к предмету экспертной оценки утраты трудоспособности, было установлено следующее: « ... согласно п. 143 ... , сросшийся перелом правой бедренной кости не вызвал какую-либо стойкую утрату трудоспособности; согласно п. 103 «а» ... , сросшийся перелом левой локтевой кости вызвал незначительную стойкую утрату общей трудоспособности в размере 10 %, и согласно п.п. 1.5. и 2.6.3., ... повлёк утрату профессиональной трудоспособности в размере 10% ...», [122, 144] .

Отсюда следует очевидный факт: медицинская помощь была произведена надлежащим образом и максимально нивелировала последствия травм .

В силу чего, правосудие (во время действия советского уголовного права), руководствуясь также иными доказательствами по делу, на основании своего внутреннего убеждения, осудило виновного в данном автодорожном происшествии (ДТП), избрав вид наказания в форме лишения свободы сроком на два года, условно. При этом испытатель-

ный срок был определён в 1 год. В дальнейшем, ввиду существующего на то время в уголовном праве РСФСР положения, судимость виновного по истечению 1 года была погашена, т.к. в течение испытательного срока условно осужденное лицо не совершило нового преступления. Раньше, в ходе предварительного и судебного следствия, попыток примирения с потерпевшей, со стороны виновного не было.

Потерпевшая сторона, очевидно, руководствуясь доминирующим чувством, выражающимся в ощущении несправедливости приговора суда (ввиду «мягкости» его), внутренним убеждением того, что степень тяжести причинённых телесных повреждений фактически «занижена», мобилизовала свою волю на осуществление компенсации материального и морального ущерба в гражданском процессе. Последний, был инициирован потерпевшей стороной ещё в ходе предварительного уголовного следствия (т.е. в 1993 году) и продлился 15 лет – до 2008 года.

За это время, государственными и негосударственными судебными экспертами г. Самары (врачами-специалистами в различных отраслях медицины: судебной медицины, травматологии и ортопедии, неврологии, нейрохирургии, диетологии, челюстно-лицевой хирургии), было проведено шесть комиссионных судебно-медицинских экспертиз (дополнительных и повторных).

Ключевыми вопросами в них были:

- оценка степени тяжести причинённых телесных повреждений (особенно по факту закрытого перелома правого бедра);
- оценка последствий причинённых повреждений в рамках установления стойкой утраты трудоспособности, которая по убеждению потерпевшей стороны «должна быть не менее 1/3». Желание потерпевшей стороны было вполне понятно.

Процесс доказывания стороной истицы своих претензий «пережил» смену УК (уголовного кодекса), УПК (уголовно-процессуального кодекса), ГК (гражданского кодекса), ГПК (гражданского процессуального кодекса) РСФСР на соответствующее кодифицированное право РФ. «Дождался» 17 августа 2007 года, когда вновь были приняты квалифицирующие признаки в Правилах определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утверждённых Постановлением Правительства РФ (в дальнейшем – «новые Правила ...»), [117].

Вот только новых медицинских критериев определения степени тяжести вреда здоровью время течения данного гражданского процесса ещё «не захватило».

Последняя (шестая) комиссия судебно-медицинская экспертиза по материалам гражданского дела, была назначена федеральным районным судом г. Самары и проведена нами в период 26.08. - 12.12.2007 года (через 15 лет после причинения травмы). В силу отсутствия факта официального принятия медицинских критериев в развитие «новых Правил ...», для разрешения указанных выше вопросов мы опирались на совокупность шести нормативных актов, относящихся к предмету поставленной судом экспертной задачи (см. в списке литературы), [116, 117, 118, 119, 122, 144].

Основная суть выводов заключалась в следующем: « ... 1.1. В силу надлежащего оказания истице В. ... медицинской помощи (в форме выполнения хирургической операции остеосинтеза в областях переломов костей конечностей ... 1992 г. по факту причинённых ей повреждений ... при обстоятельствах, рассматриваемого по делу ДТП) и по истечению длительного периода времени (с ...1992 г. по декабрь 2007 г.), прямые посттравматические и послеоперационные последствия клинично-функционального характера, на момент производства настоящей судебной экспертизы, у истицы максимально регрессировали.

В этой связи, применительно к п.п. ... и п.п. ... , на настоящее время (на 2007 год), какие-либо медико-экспертные критерии, могущие обосновать степень утраты профессиональной трудоспособности у В. ... в пределах, от 10 (включительно) до 100 % отсутствуют. Переосвидетельствованию не подлежит. Клинико-трудовой прогноз благоприятный. ...».

Таким образом, вполне понятное ожидание истцов вновь не оправдалось. «Вне протокола» с законным представителем истицы была проведена беседа: « ... очевидно, что в течение 2008 года вступят в силу медицинские критерии «новых Правил ...», по которым будут основания отнести такой перелом бедра, который был в «Вашем» случае, в 1992 году, к категории повреждений, влекущих тяжкий вред здоровью. Уже только по факту его причинения ...».

В этой связи, как знать, может быть в продолжающемся времени гражданском иске будет «назревать» судебный прецедент пересмотра степени тяжести вреда здоровью в сторону «утяжеления» его экспертной оценки ? Это теоретически возможно. Однако очевидно, что это «не пойдёт» дальше в юридическом процессе. Один из общих принципов применения уголовного права гласит: «... Уголовный закон, устанавливающий преступность деяния, усиливающий наказание или иным образом ухудшающий положение

лица, обратной силы не имеет...» (ст. 10 УК РФ «Обратная сила уголовного закона»), [44 - 46].

Вместе с тем надо заметить, что мы судебные медики не законы пишем и принимаем, а медицинские критерии того или иного явления, процесса, факта. Дальше это от нас должны «принимать» юристы и давать экспертным заключениям правовую интерпретацию. Надлежащим образом применять, опираясь на экспертные доказательства, принципы уголовного (гражданского, административного) права – это задача правосудия.

Однако, медико-экспертная оценка факта травмы (перелома костей конечностей) – это наше дело. В этой части, мы есть судьи факта. Мы представляем суду судебно-экспертный анализ медико-биологического факта.

Судья обращается к помощи судебного медика *«представь мне факт и я произнесу мой суд»* - так говорил ещё в древности римский претор, обращаясь к опытному в том или ином роде занятий человеку, участвующему в судебном процессе (Э. Бухнер, 1870), [136].

Так неужели мы, вооруженные знаниями физиологии и биологии человека, знаниями принципов диагностики, лечения и реабилитации травм опорно-двигательной системы, не можем достоверно и категорично (и смело), высказаться о том, что такие и им подобные повреждения, без оказания медицинской помощи, только за счёт процессов саморегулирования организма, никогда не приводят к выздоровлению. К обратному восстановлению нормальной анатомии и функции повреждённого сегмента скелета.

Критерии бывших Правил этого не «прописывали», [122].

Но это совсем не значит, что такого понимания дела не было. Как были опасными для жизни проникающие ранения, в античные времена, например, во времена строительства Египетских пирамид или Колосса Родосского, так и остаются они опасными для жизни, и в наше время. Это было уяснено в бывших Правилах ... номенклатурой опасных для жизни повреждений.

Как были рассматриваемые нами повреждения (закрытые переломы костей конечностей) тяжкими, в период Древней истории, так они являются тяжкими и в наше время. Для должной судебно-экспертной оценки давно всем медикам известного явления, необходима форма его обозначения, в развитии соответствующих норм права, что не было «прописано» в бывших Правилах Вот в этом, действительно была «загвоздка».

Приведённый выше казус судебно-медицинской и правовой практики показывает. Выработка и принятие новых (новых ли?) медицинских критериев к квалификации признаков степени тяжести вреда здоровью назрела давно. Это проблема правовая, социальная и судебно-медицинская.

Судебные медики РФ на последних научно-практических конференциях, продуктивно поработали по данной теме.

Так, директором ФГУ РЦСМЭ профессором В.А. Клевно, неоднократно, в докладах 2007 года (Москва-Рязань, Астрахань) всесторонне было прокомментированы состояние проблемы и последовательные этапы её разрешения. Освещён ход подготовки нормативно-правовых документов, регулирующих порядок определения степени тяжести вреда здоровью. Благодаря этой проведённой работе, было представлено постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. №522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причинного здоровью человека». Был представлен проект приказа Минздравсоцразвития РФ «О медицинских критериях определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», с целью реализации его принятия в 2008 году. [38].

Верно то, как высказался директор ФГУ РЦСМЭ на Всероссийском совещании судебно-медицинских экспертов 30-31 октября 2008 года в Москве, что темпы принятия в управленческих структурах, пакета документов, предназначенных для судебно-экспертного регулирования рассматриваемой нами проблемы, были на редкость интенсивными и не растянутыми во времени.

Это был процесс не простой и темп его реализации зависел не только от воли специалистов в области судебной медицины. Очевидно, что заключительный этап утверждения выработанных медицинских критериев тяжести вреда здоровью, в развитие «новых Правил ...», осуществляют федеральные органы власти, относящиеся к организации здравоохранения и властно-правовым структурам.

Данная «организационная сложность» неизбежно связана с тем с тем, что наше экспертное заключение есть один из видов доказательств в юридическом процессе. В этой связи оно должно быть объективным и научно обоснованным. Следовательно, разработанные медицинские критерии должны быть подвергнуты всестороннему научному анализу. Должны быть рассмотрены применительно к наблюдениями из практики экспертной работы, апробированы нами в аргументированных дискуссиях и «подве-

дены» под единое содержание основных понятий при экспертизе вреда здоровью (В.Л. Попов 2007), [115] .

Вспомним «изматывающий» стороны, суд, и судебных экспертов гражданский иск 15-летней длительности по рассматриваемому предмету проблемы. Очевидно, это можно отнести, большей частью, только к «пиршеству» адвокатов. Убеждены, что «несгибаемую волю» истцов, спровоцировал, не в малой степени, применяемый тогда, принцип судебно-медицинской оценки тяжести закрытого перелома бедра **не опасного для жизни** не по факту причинения, а по определенившемся исходу, после лечения и периода реабилитации. Иначе говоря, здесь всегда учитывается, в экспертной оценке тяжести вреда здоровью, влияние медицинской помощи и по сути дела оцениваются результаты лечения травмы.

В итоге виновное лицо отвечает не за первоначальную морфологию причинённой им травмы, а за те или иные последствия оказанной медицинской помощи. Удачно закончилось лечение, опасности для жизни не было, исход благоприятный – юридическая ответственность виновного, причинившего вред, только за длительность лечения, или по оценке исхода травмы (т.е. по минимуму).

Вспомним наш принцип оценки опасных для жизни повреждений. На чём он основан? Правильно, на том, что мы не учитываем влияние оказания медицинской помощи. Мы учитываем только морфологию повреждения (проникающего ранения, открытого перелома, площадь ожога и его выраженность и т.д.). Почему бы не провести такую аналогию оценки и для повреждений, якобы «не опасных для жизни»? Да и то, это ещё вопрос, т.к. они могут стать опасными для жизни в отсроченном периоде, без оказания медицинской помощи. Только чётко и ясно надо определиться в характере морфологии травмы, соотнося её выраженность (объём, структуру), со способностью организма человека, находящегося в состоянии относительного здоровья, компенсировать патофизиологию травмы путём саморегуляции, без влияния медицинской помощи (Попов В.Л. 2007), [115].

В силу чего, мы в предыдущих публикациях по данной теме, выдвигали следующую концепцию. Закрытые переломы плечевой, бедренной, большеберцовой костей не опасные для жизни в момент причинения уже только по факту диагностики травмы, следует относить к категории повреждений, влекущих тяжкий вред здоровью. Ведь должно быть очевидным, что при не оказании меди-

цинской помощи и при ОБЫЧНОМ течении таких повреждений, последние всегда заканчиваются неблагоприятными исходами, влекущими или отсроченное возникновение опасного для жизни состояния или по окончании острых клинических проявлений, значительную стойкую утрату трудоспособности не менее чем на одну треть. А.Н. Арёмова, 2003; К.В. Лихойванов, В.В. Солодовщиков, 2004; Лихойванов, В.В. Солодовщиков, Н.В. Комарова, 2005; О.С. Куликов, 2006, 2007; М.А. Куликов, 2005, 2006; С.Н. Куликов, М.А. Куликов, 2004, 2006; С.Н. Куликов, 2007; С.Н. Куликов, О.С. Куликов 2008, [2, 67, 73, 75, 76, 81, 83, 84, 88, 90, 91, 93, 97, 98].

В этой связи мы полагаем, что диагностику тяжести вреда здоровью по поводу рассматриваемых травм, следует проецировать только на факт происхождения самого повреждения, на его первичную патологическую морфологию и обычные последствия её (без учета влияния медицинской помощи).

Таким образом, переломы такой локализации и характера уже по факту их диагностики, следует относить к категории повреждений, влекущих тяжкий вред здоровью, в частности, по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности не менее 33 % не по определившемуся исходу, а по опасности возникновения его при неоказании медицинской помощи. Формирование такого исхода, при неоказании медицинской помощи, как показали проведённые нами исследования, явление закономерное, т.е. обычное.

Из сложившегося принципиального понимания проблемы, в марте-апреле 2007 года, после научно-практической конференции в Рязани, по предложению профессора В.А. Клевно, мы поделились (в эпистолярном жанре, по электронной почте, адресованной в ФГУ РЦСМЭ), своими соображениями, относительно некоторых медицинских критериев. В частности, о переломах длинных трубчатых костей «не опасных для жизни».

Перечень повреждений (переломов длинных трубчатых костей и травматических вывихов костей в крупных суставах конечностей) не опасных для жизни, но влекущих **ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ по признаку опасности возникновения, без влияния (оказания) медицинской помощи, значительной стойкой утраты трудоспособности не менее чем на 1/3:**

р1) закрытые переломы плечевой кости (1-6)*, за исключением изолированных переломов большого и (или) малого бугорков плечевой кости;

**Примечание:* 1- внутрисуставные (головки плеча);

2- околосуставные: анатомической шейки, под- и чрезбугорковые;

3- хирургической шейки;

4- тела (диафиза) плечевой кости;

5- надмыщелков;

6- переломы в областях дистальных частей плечевой кости, образующих локтевой сустав;

р²) открытые и закрытые оскольчатые переломы головки и (или) шейки лучевой кости, составляющих локтевой сустав;

р³) открытые и закрытые переломы тел (диафизов) обеих костей предплечья;

р⁴) открытые и закрытые переломовывихи костей предплечья (перелом локтевой в верхней трети или средней трети с вывихом головки лучевой – переломовывих Монтеджа или перелом лучевой кости в нижней трети с вывихом головки локтевой – переломовывих Галеацци);

р⁵) закрытые переломы проксимального отдела бедренной кости (1,2)*, за исключением изолированных переломов большого и малого вертелов;

**Примечание:* 1- внутрисуставные

(переломы головки и шейки бедра);

2- внесуставные (переломы межвертельные и чрезвертельные);

р⁶) закрытые переломы тела (диафиза) бедренной кости;

р⁷) открытые и закрытые переломы частей бедренной и (или) большеберцовой костей, составляющих коленный сустав (мышцелков бедра и голени);

р⁸) открытые и закрытые переломы диафиза большеберцовой кости;

р⁹) открытые и закрытые переломы лодыжек берцовых костей, в том числе с разрывом дистального межберцового синдесмоза, за исключением перелома одной лодыжки и (или) только перелома любой анатомической локализации малоберцовой кости;

р¹⁰) открытые и закрытые вывихи плеча, предплечья, кисти, бедра, голени;

р¹¹) открытые и закрытые вывихи стопы, (подтаранный, вывих в таранно-ладьевидном и пяточно-кубовидном суставах, вывих плюсневых костей), в том числе сопровождающиеся лодыжечными переломами.

Данный перечень повреждений основан на авторских наблюдениях из практики экспертной работы, результатов проведённого целенаправленно научного анализа. Предлагаемый принцип экспертной оценки рассматриваемых повреждений апробирован нами на «жизнеспособность» в аргументированных дискуссиях с коллегами по работе, с травматологами- клиницистами, работниками следствия и суда, студентами-медиками и студентами юридических факультетов. В качестве примера аргументирующего возможность «жизнеспособности» выдвинутого суждения, приводим табличную схему:

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ
МЕДИКО-ЭКСПЕРТНОГО АНАЛИЗА
по факту диагностики внутрисуставного
перелома шейки бедра, не опасного для жизни,
причинённого потерпевшему
виновным лицом по неосторожности
при обстоятельствах дорожно-транспортного происшествия:**

Аргументы	ПУТЬ I РАНЕЕ ПРЕМЯНЯЕМЫЙ	Аргументы	ПУТЬ II ПРЕДЛОЖЕННЫЙ НАМИ (ныне применяемый)
1.	<p>Часто возникает у правоприменителя неясность выбора юридического процесса по факту диагностики травмы не опасной для жизни: в рамках какого юридического процесса виновный будет нести ответственность – или Административного (по ч. 2 ст. 12.24. КоАП РФ) или Уголовного (по ч. 1 ст. 264 УК РФ)?</p>	1.	<p>По факту диагностики травмы (что обычно происходит в течение одних-двух суток от момента причинения её), правоприменитель (дознаватель, следователь, прокурор, судья) уже может определённо действовать в плоскости Уголовного процесса (по ч.1 ст. 264 УК РФ).</p>

Аргументы	ПУТЬ I РАННЕЕ ПРЕМЯНЯЕМЫЙ	Аргументы	ПУТЬ II ПРЕДЛОЖЕННЫЙ НАМИ (ныне применяемый)
2.	<p>Неясность выбора юридического процесса обусловлена медико-экспертной проблемой определения исхода травмы с учетом оказания медицинской помощи, которая может продолжаться многие месяцы.</p>	2.	<p>Определённая ясность выбора правоприменителем уголовного процесса обусловлена медико-экспертным критерием, лежащим в принципе применения медико-экспертной АНАЛОГИИ: влияние медицинской помощи не учитывается по Аналогии экспертного определения тяжкого вреда здоровью, как и в связи с повреждениями изначально опасными для жизни.</p>
3.	<p>Медицинская помощь в свою очередь может сама «прибавлять» неблагоприятные осложнения, усугубляющие исход травмы. Действует фактор «хирургической агрессии».</p>	3.	<p>Влияние медицинской помощи судебные медики не рассматривают, применительно к диагностике вреда здоровью, по поводу рассматриваемой нами травмы. Какое-либо влияние медицинской помощи на исход травмы экспертами не учитывается.</p>
4.	<p>Указанная ситуация ставит сложную судебно-медицинскую задачу установления причинно-следственных связей между фактом причинения травмы, с одной стороны, и исходом её, с другой. Между причиной (фактом причинения) травмы и исходом её, всегда присутствует фактор влияния медицинской помощи.</p>	4.	<p>Снимается сложная экспертная задача по анализу осложнений в определенном исходе травмы, возможно связанных с оказанием медицинской помощи (например, эндопротезирования тазобедренного сустава).</p>

Аргументы	ПУТЬ I РАННЕЕ ПРЕМЯНЯЕМЫЙ	Аргументы	ПУТЬ II ПРЕДЛОЖЕННЫЙ НАМИ (ныне применяемый)
5.	Несмотря на выработанные ранее рекомендации, регламентировавшие медико-экспертный процесс, в целях всесторонней оценки рассматриваемых клинических ситуаций, существовала не малая вероятность экспертных ошибок. Последние могли выражаться по содержанию, как в сторону занижения, так и в сторону завышения тяжести травмы по её исходу по признаку стойкой утраты трудоспособности.	5.	<p>Исключение необходимости решать указанную выше экспертную задачу исключает возникновение экспертных ошибок.</p> <p>Вместе с тем, судебно-экспертная оценка качества медицинской помощи, в развитии данной правовой ситуации, вполне вероятна (и правомочна).</p>
<p>ВЫВОД:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Принимая ПУТЬ II, выигрываем в качестве экспертной работы (гарантируем лицо, назначившее экспертизу от экспертной ошибки). 2. Принимая ПУТЬ II, правоприменитель выигрывает во времени производства и окончания юридического (уголовного) процесса, что лежит в интересах, как потерпевших, так и обвиняемых (сроки следствия сокращаются по времени, исключается процессуальная волокита и необходимость продления или возобновления следствия). 3. Принимая ПУТЬ II, рассмотрение дел (особенно по фактам ДТП), в рамках уголовного процесса, по причинению вреда личности, связанного именно с локализацией и характером, рассматриваемых травм, будет только способствовать усилению значения воспитательной функции уголовного процесса. 4. Принимая во внимание, что «львиная доля» транспортного травматизма в России приходится на автодорожные происшествия, ПУТЬ II будет иметь, косвенно, воспитательное значение для отдельной категории лиц. Тем более, что проблема борьбы за безопасность на автодорогах РФ, поставлена Президентом и Правительством РФ в рамках национального проекта. Считаем, что наше предложение, является одним из аспектов его реализации, лежащих в плоскости медицины и права. 			

2.4. Применение п. «6.11» Медицинских критериев новых Правил определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека

В данной части главы, локально уделим внимание только применению пункта «6.11.» новых Медицинских критериев, в судебно-медицинской экспертной практике.

Указанный пункт свидетельствует о следующем. В принятом ныне нормативном документе Министерства здравоохранения и социального развития России, выдвинутая нами гипотеза судебно-медицинской оценки отдельных травм опорно-двигательной системы, внедрена в практику.

С 16 сентября 2008 года вступили в действие новые Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека. Вступили спустя 10 дней после официального опубликования в «Российской газете» за 05.09.2008 г. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» (приказ зарегистрирован в Минюсте РФ 13.08.2008 № 12118).

Заслуживает особого внимания отчёт о проведённом совещании судебных медиков России, посвященном принятию новых Правил и Медицинских критериев определения тяжести вреда здоровью. Даже краткий его обзор, показывает большую социально-правовую значимость события.

Так, из отчета «О проведении Всероссийского совещания судебно-медицинских экспертов по применению Правил и Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека» (г. Москва, 30-31 октября 2008 г.), в частности, следует:

1. Указанное совещание (в дальнейшем – «Совещание»), было посвящено теме применения новых Правил и Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, и проведено в месте и времени, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 6 октября 2008 года № 545.

2. Организатор Совещания: Федеральное государственное учреждение «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздравсоцразвития России» (далее - РЦСМЭ).

В Совещании приняли участие около 450 человек, в том числе: руководители и сотрудники Минздравсоцразвития России, Росз-

дравнадзора, Генеральной прокуратуры Российской Федерации, Следственного комитета при прокуратуре Российской Федерации, Верховного суда Российской Федерации, Следственного комитета МВД России, Департамента обеспечения дорожного движения МВД России. Руководители государственных судебно-экспертных учреждений Минюста России, МВД России, Минобороны России, ФСБ России и т.д. . Сотрудники бюро судебно-медицинской экспертизы органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, кафедр судебной медицины ГОУ ВПО и ДПО Росздрава, ученые и практики государственных судебно-экспертных учреждений из всех регионов России, представители судебно-экспертных служб ближнего зарубежья.

3. Сопровождение открыл директор Российского центра судебно-медицинской экспертизы, профессор В.А. Клевно.

4. Заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России Е.В. Бугрова в своем выступлении зачитала Приветствие участникам Сопровождения Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голиковой.

Со словами приветствия к участникам Сопровождения обратилась председатель Комитета по охране здоровья граждан Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации О.Г. Борзова, которая огласила приветствие участникам Сопровождения судебно-медицинских экспертов Председателя Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации Б.В. Грызлова.

5. Е.Г. Килессо огласил приказ от 18.09.2008г. № 161-ца/п Первого заместителя Генерального прокурора Российской Федерации-Председателя Следственного комитета при прокуратуре Российской Федерации, государственного советника юстиции 1 класса А.И. Бастрыкина о награждении медалью «За содействие» за примерное исполнение служебных обязанностей при выполнении заданий особой важности и сложности в Республике Северная Осетия-Алания директора РЦСМЭ и сотрудников БСМЭ ЮФО⁴.

6. На пленарном заседании Сопровождения с основным докладом «Судебно-медицинское определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» выступил директор РЦСМЭ, д.м.н., профессор В.А. Клевно.

4 БСМЭ ЮФО – Бюро судебно-медицинской экспертизы Южного Федерального Округа.

Докладчик отметил, что в течение длительного времени судебно-медицинские эксперты пользовались «Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» 1978 года. В 1996 г. в связи с принятием Уголовного кодекса Российской Федерации были утверждены «Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью» (приказ Минздрава РФ от 10.12.1996 г. № 407), которые в соответствии с УК РФ регламентировали оценку тяжести не телесных повреждений, а причиненного вреда здоровью. Однако Минюст России отказал в государственной регистрации приказа Минздрава России от 10.12.1996 № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз». На протяжении последних 10-ти с лишним лет судебно-медицинские эксперты осуществляли производство экспертиз степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, не имея ни одного нормативного правового документа, который регулировал бы их производство в соответствии с УК РФ, вступившим в действие с 1 января 1997 года. Со второй половины 2005 года по поручению Минздравсоцразвития России, РЦСМЭ возобновил работу по подготовке и утверждению новых нормативно-правовых документов, относящихся к производству экспертизы установления тяжести вреда здоровью. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 г № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», зарегистрированным в Минюсте России 13 августа 2008 г. № 1218, завершает принятие целого пакета нормативных правовых актов, регулирующих судебно-медицинское определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. В этот пакет документов также входят Федеральный закон от 02.02.2006 г. № 23 – ФЗ «О внесении изменений в статью 52 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 N 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». Это позволяет врачам – судебно-медицинским экспертам использовать единые, соответствующие действующему законодательству и современным научным достижениям Медицинские критерии для решения этого важного вопроса.

В докладе также были отмечены ученые и практики, внесшие значительный вклад в подготовку проектов вышеназванных законодательных и нормативно-правовых актов.

В дальнейшем, по итогам Совещания, в целях обеспечения единого научно-методического подхода к производству судебно-медицинских экспертиз и повышению их качества, Минздравсоцразвития России было поручено РЦСМЭ подготовить Комментарий к нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, а также дать необходимые разъяснения по их применению. Комментарий подготовлен, как официальный. Комментарии содержат основные, преимущественно методические, рекомендации по диагностике повреждений и посттравматических состояний, которые, ни в какой мере не подменяют необходимость в каждом конкретном случае обращаться к соответствующей медицинской литературе: учебникам, руководствам, монографиям (В.А. Клевно, В.В. Колкутин, Л.В. Попов, Г.И. Заславский, 2008; В.А. Клевно, 2009), [39, 40].

С принципиальным мнением, высказанным по окончанию Совещания, о сути и значении новых Медицинских критериев (по пункту «6.11.», в том числе), директора РЦСМЭ, мы полностью согласны. Заключается оно в следующем:

- Правила и Медицинские критерии надо воспринимать буквально, не искать в них подводных камней и пользоваться общепринятыми клиническими классификациями;

- больше работать с литературой по клиническим специальностям;

- не воспринимать комментарии, как “неполную инструкцию” по применению критериев. Такой инструкции быть не может. Наличие такой инструкции поставит крест на судебно-медицинской службе в части определения тяжести причиненного вреда - зачем мы тогда, если любой юрист или медицинский работник при наличии подробной инструкции, прочитав медицинские документы, может сделать самостоятельное заключение;

- в судебной медицине по прежнему, имеет значение каждый индивидуальный случай. Эксперт должен совершенствоваться в экспертных и клинических вопросах и не определять тяжесть причиненного вреда по “шаблону”, а уметь доказывать свою точку зрения (свои выводы).

6. В первый день Совещания (30 октября 2008 года), также были заслушаны пленарные доклады:

- начальника БСМЭ⁵ Ленинградской области, д.м.н., профессора Г.И. Заславского и заместителя начальника, д.м.н. В.Л. По-

5 БСМЭ – Бюро судебно-медицинской экспертизы

пова «Анализ вопросов, возникающих по применению Правил и Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»;

- начальника ГГЦ СМ и КЭ⁶, главного судебно-медицинского эксперта Минобороны России, д.м.н., профессора В.В. Колкутина «Процессуальное и медицинское значение Правил и Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека при производстве судебно-медицинских экспертиз в ГСЭУ Минобороны России»;

- начальника БСМЭ Смоленской области, зав. кафедрой судебной медицины СГМА⁷, заслуженного врача России, д.м.н., профессора В.В. Хохлова «Характеристика медицинских критериев, квалифицирующих признаков в отношении среднего и лёгкого вреда здоровью»;

- профессора кафедры судебной медицины РГМУ⁸ И.В. Буромского «Использование нормативно-правовых актов, регламентирующих порядок проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести вреда причиненного здоровью человека, в учебном процессе»;

- начальника БСМЭ Санкт-Петербурга, заслуженного врача России, д.м.н., профессора Г.П. Лаврентюка; зам. начальника, д.м.н., профессора В.Д. Исакова; зав. отделом живых лиц О.О. Яковенко; врача судебно-медицинского эксперта, к.м.н. И.В. Сыренской: «Стойкая утрата общей трудоспособности вне зависимости от исхода, как новый критерий тяжкого вреда здоровью»;

- доцента кафедры судебной медицины СамГМУ, к.м.н., С.Н. Куликова: «Клинико-экспертное обоснование тяжести вреда здоровью в случаях переломов костей конечностей».

Такова, на наш взгляд, была основная суть информации по пройденному Советанию. Незадолго до этого, готовясь к докладу, по просьбе профессора В.А. Клевно, мы поделились, в эпистолярном жанре (по электронной почте), следующими соображениями по теме.

6 ГГЦ СМ и КЭ – Главный Государственный Центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз.

7 СГМА – Смоленская Государственная Медицинская Академия

8 РГМУ- Российский Государственный Медицинский Университет

« ... Глубокоуважаемый Владимир Александрович !

Благодарю Вас за внимание к моей персоне и к предмету вопроса. Рад поучаствовать в столь представительном форуме по обсуждению нашей общей и давно «наболевшей» проблемы.

В этой связи, по нашей договорённости представляю Вам тезисы к проекту комментариев Медицинских Критериев новых Правил ..., а именно касательно п. «6.11.» (переломы крупных костей, перелома-вывихи крупных суставов конечностей).

На что следует здесь акцентировать внимание?

На сам принцип Критерия, обозначенного в данном пункте (1- раз), и его частные признаки (2-два), касающиеся морфологии травм, «оправдывающих» превентивный прогноз на неблагоприятный исход в форме значительной стойкой утраты трудоспособности не менее чем на 1/3, без учета оказания медицинской помощи. Только саморегуляции человеческого организма недостаточно для какой-либо компенсации неизбежно неблагоприятных последствий по определенному исходу, в связи такими травмами.

Итак, о ПЕРВОМ:

-мировая наука и практика травматологии и ортопедии выработала четыре классических принципа лечения переломов, в том числе, переломов костей конечностей, это:

- 1- репозиция фрагментов костей и их фиксация;
- 2- стабильная фиксация отломков с взаимной их компрессией;
- 3- сохранение кровоснабжения кости и мягких тканей за счет атравматической хирургической техники;
- 4- безопасное восстановление подвижности в смежных суставах поврежденного сегмента.

Надлежащая реализация каждого принципа лечения, так или иначе, относится к процессу оказания СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ медицинской помощи, осуществление которой требует специальных знаний, навыков и умений.

Без специализированной медицинской помощи, т.е. самостоятельно, только за счет саморегуляции организма человека, травмы из номенклатуры п. «6.11.», не приведут к восстановлению целостности и функции данных сегментов Опорно-Двигательной Системы (ОДС). Такие повреждения, в данных случаях, обычно вызывают, по исходу острого периода травматической болезни, последствия в форме нарушения анатомии и расстройства функции. Последнее будет обычно выражаться, по определенному исходу в стойкую утрату трудоспособности не менее чем на 33 %.

ВТОРОЕ (о частных признаках критерия, в частности, по п.п. «6.11.2» и «6.11.7.» Критериев ...):

-«6.11.2. открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав;».

Плечевая кость (её дистальный сегмент):

-имеем ввиду, как открытые, так и закрытые переломы ОКОЛОСУСТАВНЫЕ, как со смещением отломков, так и без такового.

К ним относим ТОЛЬКО надмыщелковые переломы с плоскостью излома, проходящей дистальнее тела плечевой кости без нарушения внутрисуставной части МЫЩЕЛКА, т.е. выше уровня внутрисуставной части мыщелка. В мыщелке дистальном различают: 1- латеральную часть его, т.е. головку мыщелка; 2- медиальную часть мыщелка, т.е. блок плечевой кости, 3- непосредственно сам мыщелок.

При этом внесуставные переломы, такие как переломы наружного и внутреннего НАДМЫЩЕЛКОВ плеча в расчёт не идут, т.к. эти повреждения дистального сегмента плечевой кости не затрагивают конфигурацию суставной части мыщелка (сам мыщелок, его головку и блоковидную поверхность). Такой перелом, как отрыв внутреннего надмыщелка с ущемлением его в полости локтевого сустава явление редчайшее, а исход такого повреждения всегда требует индивидуальной клинико-экспертной оценки;

-имеем ввиду, как открытые, так и закрытые ВНУТРИСУСТАВНЫЕ переломы, как со смещением, так и без такового. Кстати, переломы такой локализации и морфологии редко встречаются. Это переломы головки мыщелка (1), блока плеча (2) и самого мыщелка (3).

Переломы головки мыщелка и (или) блока плеча неполные или полные, или оскольчатые. Переломы краевые мыщелка плеча, а также переломы мыщелка Y- , или T-, или V- образные, или полный оскольчатый перелом мыщелка плеча.

Кости предплечья (их проксимальный сегмент):

-имеем ввиду внутрисуставной оскольчатый перелом проксимальных отделов обеих костей предплечья (не менее трёх отломков локтевой кости, не менее трёх отломков лучевой кости).

Владимир Александрович, внутрисуставной перелом проксимального конца одной кости предплечья (локтевой ли, лучевой ли) или даже обеих костей не надо пока «тащить» в этот Критерий Это ещё надо посмотреть (целенаправленно понаблюдать) – это тема хорошая. В очевидности реализации рассматриваемого Критерия ..., по данным переломам, мы здесь пока сомневаемся. Хотя травматологи ортопеды говорят: «... Известно, что локтевой сустав самый «капризный» из всех сочленений и функциональный исход не всегда предсказуем. Иногда, даже при ушибах, возникают стойкие тяжёлые контрактуры локтевого сустава ...» (А.Ф. Краснов, В.Ф. Мирошников, Г.П. Котельников 1995).

-«6.11.7. открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника;»;

Бедренная кость (дистальный сегмент), её закрытые и открытые переломы, как со смещением, так без такового:

-ОКОЛОСУСТАВНЫЕ. К ним относим переломы на уровне метафиза: косой, поперечный, или косо-поперечный, или спиральный, или оскольчатый;

-НЕПОЛНЫЕ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ. К ним относим переломы одного или обоих мыщелков бедренной кости;

-ПОЛНЫЕ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ. К ним относим переломы распространяющиеся на метафизарно-эпифизарную часть, простые или оскольчатые, или Т-, или Y-образные.

Большеберцовая кость (проксимальный сегмент), её закрытые и открытые переломы, как со смещением так без такового:

-ОКОЛОСУСТАВНЫЕ. К ним относим простые или оскольчатые метафизарные переломы;

-НЕПОЛНЫЕ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ. К ним относим фрагментированный или не фрагментированный (простой) перелом латерального или медиального мыщелка, распространяющийся на межмышцелковое возвышение.

-ПОЛНЫЕ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ. К ним относим простой, или оскольчатый перелом эпифизарно-метафизарной зоны, распространяющийся как на один, так и на оба мыщелка.

Вот, пожалуй, это будет железно. За такие частные признаки и за такой Медицинский критерий не страшно. ... С уважением, С.Н. Куликов 21.10.2008 г.»

Ниже приводим доклад, представленный нами 30 октября 2008 года в г. Москве на пленарном заседании Совещания. Доклад приводим с сокращениями тех фрагментов обсуждений проблемы, которые мы уже представляли выше в 1-3 частях настоящей главы.

«... Клинико-экспертное обоснование тяжести вреда здоровью в случаях переломов костей конечностей /Кафедра судебной медицины Самарского государственного медицинского университета, доцент С.Н. Куликов.

...Глубокоуважаемые коллеги, представители правоохранительных органов России, мы благодарны организаторам данного собрания за любезно предоставленную возможность высказать некоторые суждения по теме нашей конференции.

А именно: о пункте «6.11.» Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, которые ныне действуют и утверждены известным нам Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ (№194н от 24.04.2008 г.).

Здесь представлен Медицинский критерий, относительно судебно-экспертной оценки фактов переломов длинных трубчатых костей конечностей (плечевой, предплечья, бедра, голени). Критерий заключается в том, что данные повреждения следует относить к категории тяжких, по признаку возникновения стойкой утраты

трудоспособности, не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (или неоказания) медицинской помощи.

Таким образом, в алгоритм судебно-экспертной оценки тяжести таких повреждений, введён прогностический критерий опасности возникновения значительной стойкой утраты трудоспособности, без учета медицинской помощи. Иначе говоря, здесь проводится аналогия медико-экспертной оценки опасных для жизни повреждений, когда мы не учитываем влияние медицинской помощи, что совершенно правильно и очевидно.

Новация приведённой позиции, естественно вызывает ряд вопросов, которые направлены на проверку её «жизнеспособности» в рамках судебно-медицинской практики, что неизбежно затрагивает сугубо юридический аспект проблемы, которым также «обеспокоены» наши коллеги судебные медики.

В силу чего, претензии (и вопросы) наших уважаемых оппонентов можно систематизировать в следующем порядке:

Первое: категоричное и принципиальное непринятие указанного критерия со ссылкой на то, что отсутствие факта реального исхода травмы есть отсутствие оснований её медико-экспертной оценки по степени тяжести.

Второе: «беспокойство» (в кавычках) о социально-юридических последствиях использования данного Медицинского критерия, что попутно сопровождается «озабоченностью» о временной точке отсчёта применения новых медицинских критериев в экспертной судебно-медицинской практике.

Третье: уточнение морфологии переломов, которые «подпадают» под обсуждаемый Медицинский критерий.

И ещё, но уже не к системе объективного оппонирования обсуждаемой проблемы.

Те или иные издержки в процессе достижения общественно полезной цели всегда имеются. Они очевидно больше представлены субъективными факторами, относящимися к отдельным особенностям внутри-коллегиальных отношений в профессиональной среде судебных медиков, занимающихся, как сугубо практической, так и научно-преподавательской деятельностью. Однако реальная объективность такова, что и тех и других объединяет предмет судебной медицины, как науки.

Специфика предмета судебной медицины такова, что указанные выше 1-я и 3-я составляющие в системе претензий наших оппонентов, неразрывно связаны с вопросами права, обозначенными между ними.

В силу чего клинико-экспертное обоснование принятого медицинского критерия, тесно связано с правой практикой. ...».

Далее в докладе следовали рассуждения о взаимосвязи правовой и судебно-медицинской практики, в части понятия объективной стороны преступления. Элемент объективной стороны преступления рассматривали, с точки зрения норм уголовного процесса, в форме общественно опасного последствия, выраженного в причинении тяжкого вреда здоровью и установления его причинно-следственной связи только с фактом совершения противоправного действия (фактом причинения травмы, а значит только с её первоначальной морфологией). Последовательно констатировали проблему сроков производства, как судебно-медицинских экспертиз, так и сроков течения юридического процесса по уголовным делам данной категории, в типичных конфликтных прецедентах, так или иначе «порождавшимися» бывшими Правилами В силу чего, коротко привели, как пример, характерный судебно-следственный (и экспертный) прецедент о процессе гражданского иска 15-летней длительности по изучаемому предмету проблемы. Где в итоге виновный понёс ответственность не за первоначальную морфологию причинённой им травмы, а непосредственно, за последствия, сформировавшиеся благодаря оказанию медицинской помощи. Озвучили идею применения в экспертном процессе принципа Аналогии права, т.е. проводить экспертную оценку тяжести вреда здоровью по отдельной категории повреждений опорно-двигательной системы, в аналогичном режиме, как при оценке повреждений опасных для жизни (не учитывать влияния медицинской помощи).

Далее приводим текст доклада без сокращений так, как он был составлен к выступлению на Советании... , однако, в силу лимита времени, не все задуманные формулировки наших суждений по теме проблемы удалось озвучить.

«... Вторая составляющая в системе аргументации наших оппонентов вообще лежит в социально-правовой плоскости. Она, примерно, заключается в следующем: лица, управлявшие транспортным средством, виновные, в причинении таких повреждений, по тяжести причинённого ими вреда, несут ныне не уголовную, а административную ответственность по ч. 2 ст. 12.24. КоАП РФ. В случае если мы, рассматриваемые Вами травмы, будем относить, тотчас по факту диагностики их, к категории повреждений, влекущих тяжкий вред здоровью, то мы, очевидно, перегрузим Систему Учреждений Исполнения наказаний страны. Это резко увеличит

число осужденных в местах лишения свободы и вероятно вызовет соответствующие организационные затруднения, возможно вплоть до элементов социального напряжения.

Считаем, что такое суждение с юридической точки зрения, мягко говоря, неправильное, по правовой сути оно вульгарно, т.к. зиждется на незнании тактических возможностей уголовного права и уголовного процесса, относительно допустимых (и применимых) аспектов юридической ответственности лиц, виновных в рассматриваемых противоправных прецедентах.

До того, как мы предоставим возможность профессионалам в юриспруденции детально препарировать этот кажущийся, не лишённым логики аргумент, набросаем схему обоснования его полной несостоятельности по следующим пунктам.

Ниже по тексту см. СХЕМУ-1: Уголовно-правовые аспекты юридической ответственности виновного лица, причинившего по неосторожности, при обстоятельствах дорожно-транспортного происшествия (ДТП) тяжкий вред здоровью, установленный по факту диагностики у пострадавшего перелома костей конечностей в рамках морфологии по п. «6.11.» новых Медицинских критериев.

1. Например, возможно прекращение уголовного процесса относительно виновного лица, за примирением сторон, согласно положениям ст. 76 УК РФ. Юридическим основанием возможности примирения служит то, что данное преступление относится к **категории** преступлений **небольшой тяжести**, т.к. максимальное наказание, предусмотренное Уголовным Кодексом, не превышает двух лет срока лишения свободы (см. ч. 2 ст. 15 УК РФ).

2. При не достижении примирения между сторонами, наступает уголовная ответственность виновного и по обвинительному приговору, к последнему, например, применяют санкцию в виде лишения свободы, предусмотренную ч. 1 ст. 264 УК РФ (лишение свободы до двух лет).

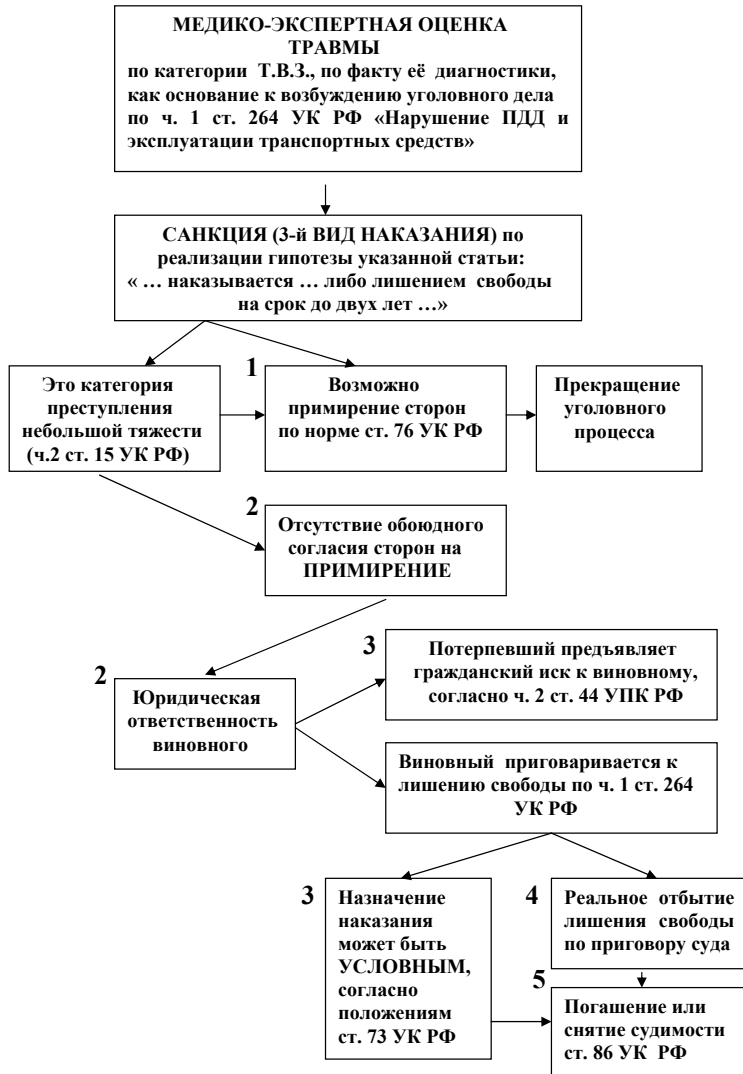
3. Но это совсем не значит, что к осужденному будет всегда реально применена данная мера наказания. Наказание может быть условным, согласно положениям ст. 73 УК РФ. При этом потерпевший может возместить свой ущерб за счет виновного в гражданско-правовом порядке, предъявив соответствующий иск ещё в ходе уголовного процесса, согласно положению ч. 2 ст. 44 УПК РФ, т.е. после возбуждения уголовного дела и до окончания судебного следствия.

4. И, наконец, как один из перечисленных вариантов (т.е. совсем не неотвратимый), виновный может быть изолирован от об-

щества не более чем на два года, т.е. реально отбыть наказание по решению суда.

5. При всем при этом, погашение или снятие судимости, согласно нормам ст. 86 УК РФ, аннулирует все правовые последствия, связанные с судимостью .

СХЕМА-1:



Отсюда мы видим, что нормы уголовного процесса по данному вопросу, позволяют правосудию, дифференцированно и гибко подходить к юридической оценке рассматриваемой ситуации, относительно применения санкций к виновному лицу, а не пользоваться Законом как «палкой».

Попутно рассмотрим, на наш взгляд, чрезмерно надуманную судебными медиками проблему о временной точке отсчёта применения новых медицинских критериев в экспертной судебно-медицинской практике.

Что же нам, судебным медикам делать, когда, например, факт травмы произошёл в 23 часа 55 минут 15 сентября 2008 г.? Применять критерии оценки повреждений «старые», ещё от 1979, или руководствоваться новыми Медицинскими критериями?

Давайте рассуждать. Возьмём два крайних варианта.

Вариант первый: применяем новые медицинские критерии. Тогда очевидно, это может повлечь, с правовой точки зрения, инициирование прецедентов ретроспективного пересмотра, как экспертных заключений, так и юридической квалификации преступлений, связанных, в частности, с причинением вреда здоровью (причём независимо от срока давности причинения вреда). Действительно, такое «поветрие» уже может вызвать элементы социального напряжения.

Вариант второй: применяем «старые» медицинские критерии, независимо от даты производства судебной экспертизы, которая естественно будет много позже, чем 23 часа 55 минут 15 сентября 2008 года. Таким образом, соблюдаем форму применения нормы права, но инициируем, почти наверняка, вполне объяснимые претензии со стороны лица, получившего травму.

Таким образом, и в первом и во втором вариантах, так или иначе, инициируем высокую вероятность «пиршества» адвокатов.

На что здесь необходимо ориентироваться, чтобы превентивно снять коллизию и конфликтность таких возможных ситуаций?

Необходимо ориентироваться на сугубо юридические установки, на нормы юридического процесса.

Естественно, что слово здесь за юристами. Однако, в силу специфики предмета судебной медицины и ориентированности в вопросах права, позвольте высказаться в данном отношении о следующем:

1. Исходя из того, что судебная экспертиза, в том числе и судебно-медицинская, есть действие юридически процессуальное,

следует применять новые Медицинские критерии в судебно-экспертной практике после 16 сентября 2008 года, в первично возбужденном, после 16.09.2008 г., юридическом процессе, без учета даты факта возникновения травмы, т.е. независимо от времени её причинения, до и (или) после 16.09.2008 г. .

2. При вновь возбужденном юридическом процессе после 16.09.2008 г., по факту незаконного его прекращения до 16.09.2008 г. (и равным образом, незаконного его прекращения после 16.09.2008 г.), по данной категории дел, при производстве судебно-медицинских экспертиз также следует руководствоваться новыми медицинскими критериями определения степени тяжести вреда причинённого здоровью человека. Без учета даты факта причинения травмы.

3. Когда факт причинения травмы и момент возбуждения уголовного дела состоялись до 16.09.2008 года, а судебно-медицинская оценка вреда здоровью в данном процессе была назначена после 16.09.2008 года, то нам следует применять новые Медицинские критерии.

Таким образом, в хронологии точки отсчёта применения новых Медицинских критериев следует руководствоваться не временем (датой) возникновения травмы у пострадавшего лица (пострадавших лиц), а началом во времени, первичного или вновь возбужденного юридического процесса по данной категории дел, относительно 16 сентября 2008 г. .

Время назначения судебной экспертизы, а не время причинения травмы – вот для нас точка отсчёта в применении новых Медицинских критериев.

Тогда, в частности, будет соблюден один из общих принципов применения норм уголовного права, для юристов: « ... *Уголовный закон, устанавливающий преступность деяния, усиливающий наказание или иным образом ухудшающий положение лица, обратной силы не имеет...*» (ст. 10 УК РФ «Обратная сила уголовного закона»).

В силу чего, следует ещё раз заострить внимание на том, что эта уголовно-правовая аксиома вообще никак не относится к идентификационному судебно-медицинскому признаку (к любому варианту по Медицинскому критерию пункта «6.11.»), по которому мы должны анализировать структуру морфологии травмы не после лечения её, а по факту её причинения.

Третья составляющая в системе вопросов наших оппонентов, связана с уточнениями морфологии переломов рассматриваемой локализации, например, относительно пункта «6.11.2.»: «... *откры-*

тый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав;...». Например, нам говорят: «... перелом кости в форме «трещины» данной локализации – неужели это повреждение тяжкое?...».

Очень правомерный вопрос. Очевидно, что нет. Естественно, такая морфология перелома не может иметь объективной прогностической проекции на тяжкий вред здоровью по исходу (без учёта медицинской помощи), с признаком значительной стойкой утраты трудоспособности не менее чем на одну треть.

Нам надо иметь в виду, как врачам судебно-медицинским экспертам, что если мы в утверждённых медицинских критериях, подвергаем клинично-экспертной оценке переломы крупных костей конечностей, то перелом этот должен быть, согласно известной классификации, принятой в лечебном деле, во-первых травматическим, во-вторых полным (как со смещением, так и без такового). Таким образом, это такие переломы, которые характеризуются полным нарушением целостности кости при нагрузке, превышающей прочностные характеристики травмируемого участка скелета.

Данный пункт медицинских критериев, указывает на внутри- и околосуставные переломы костей локтевого сустава, которые составляют от 18 до 20 % от числа всех внутрисуставных переломов. Особенности анатомического строения локтевого сустава заключается в сложности конфигурации суставных поверхностей костей его составляющих. При рассматриваемых повреждениях, даже при своевременном проведённом лечении, имеется устойчивая склонность к органическим поражениям в проекции суставной щели. Причем всегда показано оперативно-хирургическое лечение, которое выполняют посредством открытой репозиции и остеосинтеза. Определившийся исход, по прошествии всех стадий лечения, нередко приводит к ограничению функции локтевого сустава, например, к невозможности выполнять простейшие житейские действия, как причёсывание, приём пищи и т.д. .

Относительно же уточнение морфологии по указанному выше пункту («6.11.2.»), следует указать.

К таким переломам (внутри- и околосуставным), следует отнести, независимо открытые они или закрытые:

- околосуставные переломы дистального сегмента плечевой кости (косой или поперечный или косопоперечный метафизарный; оскольчатый метафизарный);

- внутрисуставные переломы дистального сегмента плечевой кости простые или оскольчатые, полные или неполные (латераль-

ного или медиального мыщелков, Y-образные, T-образные, V-образные);

- внутрисуставной оскольчатый перелом проксимальных отделов обеих костей предплечья (не менее трёх отломков локтевой кости, не менее трёх отломков лучевой кости).

Убеждены, что это только очевидный минимум того, что можно констатировать в данном пункте. Данный перечень медицинских критериев не догма он может и должен развиваться.

Не надо бояться новаций в рассматриваемой проблеме, т.к. предмет её имеет огромный потенциал дальнейшего научного развития.

Благодарим за внимание !».

По окончанию чтения доклада членам президиума Совещания, нами были представлены несколько экземпляров распечатки пояснений (комментариев) по пункту «6.11.» новых Медицинских критериев, следующего содержания:

« КОММЕНТАРИИ к Медицинскому критерию ... по п. «6.11.», должны выглядеть следующим образом:

6.11. Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (стойкая утрата общей трудоспособности свыше 30 процентов).

К тяжкому вреду здоровья, вызывающему значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи, относят следующие повреждения 1:

ПРИМЕЧАНИЕ¹: Морфологический перечень травм, по п. 6.11. следует относить к категории повреждений, влекущих **тяжкий вред здоровью**, по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности не менее 33 % не по определенному исходу, а по опасности возникновения его, без оказания медицинской помощи.

6.11.1. открытый или закрытый перелом плечевой кости: внутрисуставной (головки плеча) или околосуставной (анатомической шейки, под- и чрезбугорковый), или хирургической шейки или диафиза плечевой кости; *(без комментариев)*.

6.11.2. открытый или закрытый перелом костей, составляющих локтевой сустав;

КОММЕНТАРИЙ *(примечание)*:

Плечевая кость (дистальный сегмент) её закрытые и открытые переломы, как со смещением, так без такового:

-ОКОЛОСУСТАВНЫЕ. Относятся ТОЛЬКО надмышцелковые переломы с плоскостью излома, проходящей дистальнее тела плечевой кости без нарушения внутрисуставной части МЫШЦЕЛКА, т.е. выше уровня внутрисуставной части мышцелка;

-ВНУТРИСУСТАВНЫЕ. Относятся переломы головки мышцелка и (или) блока плеча неполные или полные, или оскольчатые. Переломы краевые мышцелка плеча, а также переломы мышцелка Y-, или T-, или V-образные, или полный оскольчатый перелом мышцелка плеча.

Кости предплечья (проксимальный сегмент) их закрытые и открытые переломы, как со смещением, так без такового:

-только ВНУТРИСУСТАВНОЙ оскольчатый перелом проксимальных отделов обеих костей предплечья (не менее трёх отломков локтевой кости, не менее трёх отломков лучевой кости).

6.11.3. открытый или закрытый перелом-вывих костей предплечья: перелом локтевой в верхней или средней трети с вывихом головки лучевой кости (перелом-вывих Монтеджа) или перелом лучевой кости в нижней трети с вывихом головки локтевой кости (перелом-вывих Галеацци); *(без комментариев)*.

6.11.4. открытый или закрытый перелом вертлужной впадины со смещением; *(без комментариев)*.

6.11.5. открытый или закрытый перелом проксимального отдела бедренной кости: внутрисуставной (перелом головки и шейки бедра) или внесуставной (межвертельный, чрезвертельный переломы), за исключением изолированного перелома большого и малого вертелов; *(без комментариев)*.

6.11.6. открытый или закрытый перелом диафиза бедренной кости; *(без комментариев)*.

6.11.7. открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника;

КОММЕНТАРИЙ *(примечание)*:

Бедренная кость (дистальный сегмент), её закрытые и открытые переломы, как со смещением, так без такового:

-ОКОЛОСУСТАВНЫЕ. Относятся переломы на уровне метафиза: косой, поперечный, или косо-поперечный, или спиральный, или оскольчатый;

-НЕПОЛНЫЕ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ. Относятся переломы одного или обоих мыщелков бедренной кости;

-ПОЛНЫЕ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ. Относятся переломы распространяющиеся на метафизарно-эпифизарную часть, простые или оскольчатые, или Т-, или Y-образные.

Большеберцовая кость (проксимальный сегмент), её закрытые и открытые переломы, как со смещением так без такового:

-ОКОЛОСУСТАВНЫЕ. Относятся простые или оскольчатые метафизарные переломы;

-НЕПОЛНЫЕ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ. Относятся фрагментированный или не фрагментированный (простой) перелом латерального или медиального мыщелка, распространяющийся на межмышечковое возвышение.

-ПОЛНЫЕ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ. Относятся простой, или оскольчатый перелом эпифизарно-метафизарной зоны, распространяющийся как на один, так и на оба мыщелка.

6.11.8. открытый или закрытый перелом диафиза большеберцовой кости; (без комментариев).

6.11.9. открытый или закрытый перелом лодыжек обеих берцовых костей в сочетании с переломом суставной поверхности большеберцовой кости и разрывом дистального межберцового синдесмоза с подвывихом и вывихом стопы; (без комментариев).

ДОБАВЛЕНИЕ к КОММЕНТАРИЯМ по «лодыжкам», как **ПРИМЕЧАНИЕ²** - в том числе **трёх-лодыжечные переломы Пота-Десто в указанном выше сочетании**. Переломы Пота-Десто: переломы обеих лодыжек сочетаются с переломом переднего или заднего края большеберцовой кости. Сломанный один из краёв большеберцовой кости условно принимают за лодыжку, такой перелом называют трёхлодыжечным.

6.11.10. компрессионный перелом двух и более смежных позвонков грудного или поясничного отдела позвоночника без нарушения функции спинного мозга и тазовых органов; (без комментариев).

6.11.11. открытый вывих плеча или предплечья, или кисти, или бедра, или голени, или стопы с разрывом связочного аппарата и капсулы сустава; *(без комментариев)*.

Стойкая утрата общей трудоспособности в иных случаях определяется в процентах, кратных пяти, в соответствии с Таблицей процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, прилагаемой к настоящим Медицинским критериям. ...».

Пример судебно-экспертного применения новых Медицинских критериев по пункту «6.11.», см. в ПРИЛОЖЕНИИ 2 монографии.

Глава 3 ТЕХНОЛОГИЯ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «МЕДИЦИНСКИМ ДЕЛАМ»

3.1. Юридический процесс назначения и организация судебных экспертиз, выполняемых с применением специальных знаний из различных областей медицины

До 1 июля 2002 года, 1 февраля 2003 года, не существовало кодифицированной процессуальной легализации следственных действий, касающихся раздельного назначения и организации выполнения комиссионных и комплексных судебных экспертиз (ст. ст. 195, 199, 200, 201 УПК РФ, ст. ст. 82-84 ГПК РФ).

Анализ судебно-экспертной практики показывает, что в настоящем иногда существует смешение вышеуказанных понятий («Комиссионная судебная экспертиза» и «Комплексная судебная экспертиза»). Это особенно бывает заметным, когда представители следствия и суда назначают к выполнению судебные экспертизы, связанные с разрешением вопросов, требующих, например, совокупного применения специальных знаний, как из области судебной медицины, так и из других отраслей медицины.

Ситуацию, в частности, можно объяснить отсутствием соответствующих процессуальных диспозиций в действовавших ранее УПК РСФСР (ст. ст. 78, 80, 81, 184-191, 288, 290) и ГПК РСФСР (ст. ст. 74, 75, 77, 181).

Во время их действия, ссылка, например, на Бюллетень Верховного суда СССР 1978 № 4 (с.23), о комплексной экспертизе, упоминаемая в Приложении «8», ныне отменённого Приказа Минздрава РФ 1996 года, № 407, также, в рассматриваемом контексте, не способствовала детальному разъяснению вопроса. Там анализировали смысловое значение термина «комплексная экспертиза» на примере конкретного судебного расследования уголовного преступления с нарушением права собственности. Предмет доказывания по делу не был связан с необходимостью применения с экспертной целью, специальных медицинских знаний.

К тому же обновление процессуального закона России, на правовом фундаменте Конституции страны (1993 г.) и Концепции судебной реформы РФ (1991 г.), произошло совсем недавно (в 2002-2003 г.г.). Однако, немногим раньше указанного срока,

юридический статус комиссионной и комплексной судебных экспертиз был утверждён в 2001 году, благодаря принятию закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», в ст. ст. 22, 23 закона.

Вероятно, что недавнее вступление в силу указанных процессуальных норм, иногда служит причиной нечеткого толкования рассматриваемых понятий, как у лиц, назначающих судебные экспертизы, требующих участия судебно-медицинских экспертов, так и у самих судебных медиков и врачей-экспертов, привлекаемых к производству судебных экспертиз.

УПК РФ (ст. 200), констатирует, что комиссионная судебная экспертиза производится не менее чем двумя экспертами одной специальности. Комиссионный характер экспертизы определяется лицом, её назначившим, либо руководителем экспертного учреждения, которому поручено производство судебной экспертизы. Последнее положение, применительно к рассматриваемой теме, не требует дополнительных объяснений, т.к., например, в ведении руководителя судебно-медицинского экспертного учреждения находится штат врачей судебно-медицинский экспертов, специальность которых удостоверена соответствующим сертификатом с наименованием специальности «*судебно-медицинская экспертиза*».

УПК РФ (ст. 201), указывает, что судебная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей, является комплексной.

Из комментариев к данному положению, обратим внимание на основные признаки комплексной экспертизы.

Первый - в производстве комплексной экспертизы участвуют эксперты разных специальностей или узких специализаций (профилей), т.е. специалисты неодинаковой компетенции.

Второй - каждый эксперт производит исследование только в рамках своей компетенции, т.е. решает вопросы, в которых он компетентен, и применяет те методы, которыми он владеет.

Третий - каждый эксперт, участвующий в производстве комплексной экспертизы несёт ответственность только за те исследования, которые он лично проводил и за те выводы, в формулировании которых он участвовал.

Четвёртый - в исследовательской части экспертизы отдельно излагается каждый вид исследования, проведённый отдельным экспертом (экспертами) определённой специальности. По каждому виду исследованию должны формулироваться промежуточные

выводы, которые подписываются экспертами их непосредственно выполнившими. По завершению всех промежуточных выводов, в исследовательской части экспертизы проводят обобщенный анализ полученных данных (их синтез) с целью обоснования общих (окончательных) выводов. Эта часть составляется и подписывается только экспертами, которые принимают участие в формулировании общих выводов. Общие выводы подписывают только те эксперты, которые участвуют в их подготовке.

Вместе с тем, в теории классификации судебных экспертиз выделяют, в частности, их классы, рода и виды.

Так, А.М. Зинин и Н.П. Майлис (2002), объединяют судебные экспертизы **по классам на основании общности используемых при этом специальных знаний и объектов**. В этой связи, выделяют, например, класс криминалистических экспертиз, класс судебно-медицинских экспертиз.

В определении **рода** экспертизы они *включают различия по предмету, объектам и применяемым методикам экспертных исследований*. Отсюда, например, в криминалистической экспертизе на уровне рода выделяют судебные: почерковедческие, технические экспертизы документов и т.п.

Виды экспертиз составляют элементы рода, отличающиеся специфичностью предмета в отношении общих для рода объектов и методик. Например, в судебно-технической экспертизе документов различают: экспертизы реквизитов документов, экспертизы материалов документов и т.п.

Главный признак комплексной экспертизы авторы усматривают в необходимости решения пограничных вопросов экспертиз разного рода, т.е. когда объекты экспертных исследований принадлежат к экспертизам *разных* классов и когда данные объекты изучают с применением *различных* специальных методик. При этом указывают, что в комплексной экспертизе **предмет** познания (1) должен иметь интеграционный (*разноплановый*) характер, который изучают в максимально объёмном ракурсе причинно-следственных и пространственно-временных связей. Должна иметь место максимальная совокупность *различных по природе объектов* (2) экспертизы, т.е. объектов исследования, принадлежащих к экспертизам разного рода. **Методики** (3), применяемые в комплексных экспертизах, должны представлять собой синтез методик экспертных исследований, применяемых для разрешения пограничных задач посредством применения *различных специальных знаний*, [143].

Диспозиция указанных положений УПК РФ в обосновании объективной дифференциации комиссионной и комплексной судебных экспертиз, оперирует ключевым понятием «специалист». Естественно, что производство экспертизы в процессе дознания, предварительного или судебного следствия наделяет специалиста статусом эксперта (например, статусом врача-эксперта).

Принято считать, что специалистом является лицо, профессиональные знания и навыки которого могут быть процессуально использованы при собирании и фиксации доказательств (ст. ст. 57, 58 УК РФ). «Профессия» и «специальность» считают идентичными понятиями. И профессия, и специальность подразумевают под собой род трудовой деятельности человека, владеющего комплексом специальных теоретических знаний и практических навыков, приобретенных в результате специальной подготовки и опыта работы.

Например, если лицо обладает врачебной специальностью «судебно-медицинская экспертиза», то данный специалист является, обычно, врачом судебно-медицинским экспертом по должности. Если лицо обладает врачебной специальностью «нейрохирургия», то данный специалист является, обычно, врачом-нейрохирургом по должности.

Из этого следует, что если в состав экспертной группы, кроме врачей судебно-медицинских экспертов включены специалисты иных врачебных специальностей, это значит, что объекты, представленные на экспертизу, исследуют разные специалисты посредством различных научных методов.

На наш взгляд, экспертизу, выполненную в таком процессуальном режиме, следует именовать не комиссионной (например, судебно-медицинской), а комплексной судебной экспертизой.

Так, Постановлением федерального суда N - ого района Самарской области в марте 2004 г., была назначена «...*комплексная медицинская судебная экспертиза*...». Уголовное дело было возбуждено по признакам состава преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 111 УК РФ (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшего по неосторожности смерть потерпевшего).

Характер и направленность вопросов соответствовала расследуемым обстоятельствам дела и уровню следственной ситуации, который сформировался уже в ходе судебного рассмотрения дела. Так, в ходе судебного следствия, представителями защиты обвиняемых субъектов была, выдвинута версия о том, что причина смерти потерпевшего может быть связана не только с причинением ему

телесных повреждений, но и с неквалифицированно проведённым по данному поводу лечением.

Назначение судом именно комплексной судебной экспертизы здесь было очевидно целесообразным. При этом не без основания следует считать, что совокупный объект данной экспертизы обладал «полиморфным» содержанием. Последний включал материалы дела, не относящиеся к медицинской информации (обозначающие объективную сторону преступления, его время, место, способ, иные юридические факты). Данные по судебно-медицинскому исследованию трупа. Данные истории болезни, амбулаторной карты, отражающие симптомы патологических состояний, которые было необходимо подвергнуть интегрированной медико-экспертной оценке с применением специальных знаний из различных отраслей медицины.

Особо здесь следует указать на специальную часть объекта экспертизы, несущую медицинскую информацию. Её анализ был проведён согласно процессуальным требованиям применения комплекса специальных знаний в судебно-экспертной деятельности. Это позволило всесторонне провести дифференциальную диагностическую оценку вариантов комбинаций клинических симптомов параллельно текущих патологических состояний, их взаимодействия, проявления их морфологии по нозологическим формам, этиологии, патогенезу, локализации.

Из Постановления суда, в частности, следовало: «... *Производство судебной экспертизы поручить негосударственным судебным экспертам в лице группы врачей-специалистов из числа профессорско-преподавательского состава Самарского государственного медицинского университета (Сам. ГМУ), обладающих специальными знаниями в разных отраслях медицины и, соответственно, разными специальностями как-то: «судебно-медицинская экспертиза», «патологическая анатомия», «анестезиология и реаниматология», «клиническая фармакология», «кардиология». ... Поставить экспертам на разрешение следующие вопросы:*

1. *Какие телесные повреждения имелись на теле гр. Т., их локализация, механизм и время образования, степень вреда здоровью?*

2. *Было ли состояние больного гр. Т. опасным для жизни при поступлении в ... ЦРБ 23.09.2002г. в 2 часа 40 минут опасным для жизни? Если да, то, какими признаками это характеризуется, и каким заболеванием, травмой или состоянием обусловлено?*

3. Адекватное ли тяжести его состояния оказывалось лечение? Имелась ли необходимость проводить ему противоасфиксическую, антигипоксическую терапию?

4. Характерно ли состояние гр. Т. для постаффиксического, т.е. состояние после перенесения странгуляции с явлениями гипоксии мозга? Какие конкретно признаки в данном случае описаны в медицинских документах (в карте стационарного больного и в заключениях экспертов Иванова Т.П., Соколовой И.И.) свидетельствующие об этом?

5. Какое конкретное повреждение правого локтевого сустава имело у гр. Т.? Правильно ли был поставлен диагноз в больнице и адекватная ли помощь ему оказывалась врачом хирургом В. и врачом-анестезиологом М. ?

6. Какой наркоз и какие из наркотических средств применялись, не был ли такой метод наркоза противопоказан гр. Т.?

7. Не было ли противопоказано проводимое лечение Т. и не привело ли оно к каким-либо осложнениям, состоящим в причинной связи со смертью?

8. Не был ли болен гр. Т. каким-либо заболеванием сердечно-сосудистой, дыхательной систем и печени, которые могли привести к смерти?

9. Находился ли пред смертью гр. Т. в состоянии алкогольного опьянения? В какой степени алкогольного опьянения он был доставлен в больницу, если в крови и моче его трупа был обнаружен алкоголь в количестве 1,42 и 2,22% при условии времени нахождения в больнице и проводимых при этом инфузионных мероприятий?

10. Как алкоголь повлиял на наступление смерти гр. Т. при одновременном действии «премедикации» с использованием реланиума и димедрола, наркотизирующего вещества при инкубационном наркозе и при наличии заболеваний сердца, легких, печени?

11. Какова причина смерти гр. Т.? ... ».

Таким образом, в данной экспертизе предмет познания, представленный в вопросах экспертного задания (1-11), имел интегративный (разноплановый) характер, который необходимо было изучить в максимально объёмном ракурсе причинно-следственных и пространственно-временных связей. В частности, необходимо было установить непосредственную причину смерти, при условии действия различных факторов внешней среды, могущих вызвать смерть от асфиксии в результате механизма утопления или сдавления органов шей петлёй. Необходимо было дать объек-

тивную оценку клиническому состоянию потерпевшего незадолго до момента наступления смерти. Установить давность наступления смерти, адекватность проведённого лечения пострадавшему незадолго до момента наступления смерти. В этой связи, все поставленные вопросы находились в гносеологических рамках медицины, но разных её отраслей (судебной медицины, патологической анатомии, анестезиологии и реаниматологии, клинической фармакологии, кардиологии). Именно названное обстоятельство объективно позволяет определить у предмета данной экспертизы интегративный (*разноплановый*) характер.

Природа объектов экспертизы, т.е. объектов исследования, принадлежала к экспертизам одного класса (класса судебно-медицинских экспертиз).

Процесс выполнения исследовательской части экспертизы, представлял собой синтез экспертных исследований, для разрешения пограничных задач посредством применения *различных специальных знаний* из различных отраслей медицины.

В чём же здесь была особенность качественного состава рассмотренных идентифицирующих признаков?

Особенность следующая. По «первому пункту»: требование к предмету познания являлось тем же, т.е. предмет экспертизы оставался *разноплановым* (как признак комплексной экспертизы).

Таким же образом, в данном случае, идентификационные признаки комплексной судебной экспертизы совпадали и по «третьему пункту»: процесс выполнения исследовательской части экспертизы, представлял собой совокупное применение специальных знаний, относящимся к различным медицинским отраслям (судебной медицины, патологической анатомии, анестезиологии и реаниматологии, клинической фармакологии, кардиологии).

В данном случае считаем, что не имело значения то, что *объекты* исследования здесь, принадлежали к экспертизам одного класса (класса судебно-медицинских экспертиз). Указанное обстоятельство, бесспорно, объяснимо тем, что исследование представленных объектов, например, только судебными медиками, не привело бы к полному и научно обоснованному выполнению экспертного задания, согласно обозначенному выше, интегрированному предмету экспертизы.

Отсюда процессуальная организация комплексной судебной экспертизы, в данном случае, была объективно оправдана, а исследовательская часть экспертизы и её аналитическая часть (выводы),

были выполнены согласно пунктам процессуального регламента производства комплексных судебных экспертиз (см. выше комментарий к ст. 201 УПК РФ).

Представленная организация производства экспертизы позволила последовательно и доказательно установить причину смерти от сдавления органов шеи петлёй, вызвавшего глубокое постасфиксическое состояние, непосредственно повлекшее смертельный исход. Алгоритм организации производства экспертных исследований состоял:

Первое - в производстве комплексной экспертизы участвовали эксперты разных специальностей и узких специализаций (профилей), т.е. специалисты неодинаковой компетенции.

Второе - каждый эксперт (врач-специалист) производил исследование только в рамках своей компетенции. Решал вопросы, в которых он компетентен, и применял при этом те знания, умения, навыки (методы), которыми он владеет.

Третье - каждый эксперт, участвовавший в производстве комплексной судебной экспертизы, был ответственен только за те исследования, которые он лично провёл и за те выводы, в формулировании которых он лично участвовал.

Четвёртое - в исследовательской части экспертизы отдельно излагали содержание каждого исследования, проведённого отдельным экспертом (экспертами). По каждому исследованию формулировали промежуточные выводы, которые подписывали эксперты их непосредственно выполнившие. Перед составлением окончательных выводов провели синтез полученной информации в процессе комиссионного совещания.

В итоге «защита» данного экспертного заключения в суде прошла безукоризненно. Отвечая на вопросы участников судебного процесса (согласно положениям ст. 282 УПК РФ «Допрос эксперта»), экспертам приходилось только дублировать (озвучивать) выдержки своих промежуточных и общих выводов. Была объективно доказана прямая причинная связь между причинением именно телесных повреждений и наступлением смерти. Патологическое влияние на танатогенез медицинских воздействий было обоснованно исключено.

Относительно профилактики «провалов» защиты комиссионных медико-экспертных заключений в суде, считаем, что она должна быть выражена в определённой тактике оформления синтезирующей части акта экспертных исследований в форме судебно-медицинского экспертного ЭПИКРИЗА.

Эпикриз (лат. – epikrasis) является обязательной частью медицинских учетных документов. Эпикриз - это суждение о состоянии больного, диагнозе болезни, причинах её возникновения, развития и результатах лечения, которые формулируются по завершению лечения. В практике здравоохранения эпикриз разделяют на выписной, переводной, этапный (при невыясненном диагнозе). В эпикризе клинический и патолого-анатомический диагнозы сопоставляют. При этом отмечают полное совпадение или расхождение указанных диагнозом, не установление причины смерти, анализируют объективные и субъективные причины диагностической ошибки, правильность лечебных мероприятий и ведения записей в истории болезни. Эпикриз, в рассматриваемых случаях, имеет юридическое значение в судебно-экспертной практике, [15].

В судебно-медицинской экспертной практике, давно существует положение, регламентированное соответствующими нормами организации здравоохранения, о том, что при экспертизе трупов, поступивших из больницы эксперт составляет и вписывает в историю болезни **КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ**. При этом принципиальная структура его детально разработана (В.А. Башмаков, Г.Т. Бугуев, А.И. Зорькин и др. 1991; Б.А. Саркисян, В.Э. Янковский, А.И.Зорькин и др. 2003), [114, 135].

Отсюда следует, что смысловое содержание эпикриза полностью отвечает структуре построения синтетической части заключения, по проведению комплексных медико-экспертных исследований. Особенно это видно в подобных случаях судебно-экспертных прецедентов, проиллюстрированных выше.

Не погрешим против истины, если синтетическую часть заключения в процессе производства комплексных медико-экспертных исследований напомним: **«Судебно-медицинский экспертный эпикриз»** («СМЭ эпикриз»).

Обоснованием чему служат следующие положения:

1- СМЭ эпикриз составляют и подписывают врачи судебно-медицинские эксперты (врач судебно-медицинский эксперт). Эпикриз здесь целесообразно и правомочно называть именно «судебно-медицинским экспертным ...», а не «клинико-анатомическим», т.к. врачи судебно-медицинские эксперты при составлении эпикриза работают в юридическом процессе (предварительного или судебного следствия). При этом анализ информации о времени, месте и способе совершения противоправных действий, которые могут (не могут) быть связаны с развитием, например, танатогенеза, экс-

перты проводят не только на основе медицинских данных, но и на основе материалов дела, добытых следственных путём;

2- в СМЭ эпикризе судебные медики определяют и составляют заключение по центральному вопросу экспертного задания. Последний всегда выражен в конкретной задаче: в определении обстоятельств смерти, или причинения вреда здоровью; в определении идентификации биологического объекта; в определении обстоятельств оказания медицинской помощи;

3- в СМЭ эпикризе анализ центрального вопроса экспертного задания проводят врачи судебно-медицинские эксперты посредством интегрированного и совокупного применения промежуточных выводов, полученных от врачей-экспертов иных врачебных специальностей;

4- в СМЭ эпикризе сличение клинического, патолого-анатомического и судебно-медицинского диагнозов проводят судебные медики. Они оценивают проведённую ранее диагностику патологических состояний по их нозологии, этиологии, патогенезу, локализации, морфо-функциональным признакам;

5- вопросы экспертам формулируют юристы, т.е. субъекты предварительного или судебного следствия, что не редко ведёт к неточному, с точки зрения медицинских знаний, обозначению предмета экспертного задания. В данном случае судебно-медицинские эксперты (эксперт), в СМЭ эпикризе при необходимости, допустимо истолковывают редакцию вопроса (вопросов), поставленных дознавателем, следователем, прокурором или судом. Таким образом, идёт подготовка редакции вопросов для составления на них однозначных и доказательственных ответов в общих (окончательных) выводах. При этом, оригинальный текст стилистической формулировки вопросов в окончательных выводах эксперты не изменяют;

6- в конце СМЭ эпикриза врачи судебно-медицинские эксперты (врач судебно-медицинский эксперт), указывают перечень специальной литературы, список нормативных документов, относящихся к регулированию медицинской деятельности.

Ещё стоит заметить, что только по текстуальному объёму, составляемый нами СМЭ эпикриз ни сколько не уступает текстуальному объёму экспертных исследований, проводимых иными врачами-специалистами, а в ряде случаев многократно превышает его. Именно это и показывает наш, сугубо судебно-медицинский вклад, в разрешение предмета экспертного задания комплексной

судебной экспертизы. Считаем, что именно это положение дела, полностью снимает даже «полнамёка» на нашу возможную некомпетентность (как основание нашего отвода из процесса), которую так или иначе кто-нибудь из участников юридического процесса, может формально усматривать, относительно диспозиции подпункта «4)», ч. 2, ст. 70 УПК РФ. Особенно этого следует ожидать от представителей защиты интересов той или иной стороны, проходящих по делу.

На это обоснованно указывал профессор В.А. Клевно (2005): «... Однако при указанных обстоятельствах речь не идёт об отводе эксперта (т.е. именно нас, врачей судебно-медицинских экспертов – С.Н. Куликов), так как при формальном отношении к этой ситуации участие врачей судебно-медицинских экспертов в таких экспертизах будет невозможным (в смысле ст. 70, ч.2 УПК РФ). Дело в данном случае заключается в том, что помимо узко специальных клинических вопросов, при производстве таких экспертиз всегда возникают и общие медицинские вопросы, о которых должен иметь представление любой врач. К таким вопросам следует отнести, например, такие как представление об опасности многих состояний и осложнений, необходимость неотложного производства многих операций, применение различных медикаментозных средств и многое др. ... », [37].

В этой связи, гносеологическую структуру синтезирующего фрагмента исследовательской части экспертизы рассматриваемого класса, который мы наименовали выше СМЭ эпикризом, мы видим в анализе обстоятельств дела, в их следующих элементах (по получению совокупности экспертных данных от иных врачей-специалистов):

1- анализ догоспитального этапа ведения больного (пострадавшего);

2- анализ госпитального этапа ведения больного (пострадавшего);

3- проводим сравнительный анализ между выполненными этапами ведения больного (пострадавшего), с одной стороны, с надлежащим выполнением указанных этапов, согласно принятым стандартам оказания медицинской помощи, с другой. Анализ проводим относительно окончательно установленной нозологической единице заболевания или травмы, вызвавшей неблагоприятный исход;

4- устанавливаем, в этом отношении, имеющиеся «различия». Относились ли эти «различия» к факторам, способствующим не-

своевременной диагностике, неточной диагностике и неадекватному лечению существовавшего основного патологического процесса;

5-устанавливаем, по сравнению судебно-медицинского (патолого-анатомического) диагноза, с одной стороны, и окончательно клинического диагноза, с другой, имели ли место расхождения между ними. Если имели, то на каком уровне: а- на уровне основного заболевания (повреждения); б- на уровне осложнений основного заболевания (повреждения); в- на уровне сопутствующих заболеваний (повреждений); г- на уровне осложнений сопутствующих заболеваний (повреждений).

6- устанавливаем наличие или отсутствие причинно-следственной связи, между установленными «различиями» и наступившими неблагоприятными последствиями. Имелась ли, в этом отношении, прямая причинная связь или непрякая (косвенная) или не было никакой связи;

7- решаем вопрос: имело ли место влияние индивидуальных особенностей организма больного (пострадавшего) на факт наступления неблагоприятного исхода ?

8- решаем вопрос: имело ли место влияние нарушения выполнения мероприятий по диагностике, режиму лечения и реабилитации со стороны больного (пострадавшего) или иных лиц, на факт наступления неблагоприятного исхода ?

9- если устанавливаем обстоятельства, относящиеся к ненадлежащим действиям (врача) врачей, или иных лиц, то составляем (ретроспективно моделируем), к рассматриваемому судебному медико-экспертному прецеденту, альтернативную картину должных действий врача (врачей), или иных лиц в ситуационной обстановке, рассматриваемой по делу. Моделируем её «идеальный» вариант, со «сноской» к реальному уровню организации здравоохранения на время и место, относящиеся к обстоятельствам дела. При этом указываем степень вероятности благоприятного и неблагоприятного исхода, применительно к клинико-морфологическим особенностям нозологической единицы рассматриваемого патологического процесса (болезни или травмы).

Восприятие юристами СМЭ эпикриза, выполненного в таком принципиальном построении, в судебных процессах по конкретным делам определено эффективно. Это неоднократно проверено нами в практике судебных прецедентов. В этой связи мы целенаправленно интересовались «судьбой» наших заключений по

окончанию судебных процессов. В данных случаях необходимость допросов экспертов на суде, юристы (судьи прокуроры, адвокаты) не находят (С.Н. Куликов, 2005, 2008; С.Н. Куликов, О.С. Куликов 2008; О.С. Куликов 2008), [70, 71, 80, 82, 94].

Считаем, что предлагаемый алгоритм действий, выполненный в рамках процессуального закона, всесторонне отвечает теории и практике судебно-экспертной технологии.

3.2. Технология, производства судебных экспертиз по «медицинским делам» с признаками составов преступлений, относящихся к профессиональным правонарушениям медицинских работников

Для большей акцентуации рассмотрим проблему, обозначенную в заглавии второй части третьей главы, в плоскости уголовного права, т.к. гражданский процесс, в этом отношении, большей частью выстроен по аналогии с уголовным.

Судебно-медицинские экспертизы по материалам уголовных дел, возбуждаемых правоохранителями по признакам составов преступлений, «подпадающих» под категории некоторых постатейных материалов, относящихся к главе 16 «Особенной части» УК РФ, могут непосредственно относиться к предмету доказывания по обстоятельствам профессиональных правонарушений медицинских работников. Наиболее «яркие» статьи, «употребляемые» в данных случаях гособвинением в лице представителей прокуратуры РФ, являются: ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности», ст. 124 «Неоказание помощи больному».

Статья 105 «Убийство», которая тоже может рассматриваться правосудием в ракурсе обозначенной проблемы, явление в следственной и в медико-экспертной практике, казусное (редчайшее). Оставим его, пока, вне рамок наших рассуждений.

Принципиально уясним для себя элементы составов названных уголовных преступлений, хотя это сложная и сугубо юридическая проблема. Однако, суть возможных обвинений по данным ст.ст. УК РФ, в отношении врачей (иных медицинских работников), по фактам их пребывания во ВРЕМЕНИ и МЕСТЕ при исполнении своих профессиональных обязанностей, должна быть понятна нам (врачам и иным медицинским работникам). Мы должны иметь об этом представление, (А.В. Наумов, 2005), [105].

Ст. 124 УК РФ:

- **Объект** преступления - факт установления (или только предположение) о нарушении прав граждан на оказание медицинской помощи. Причём возникает задача: установить (или не установить) нарушение прав, повлекшее вред здоровью или опасность для жизни. В данном контексте обычно рассматривают, наиболее часто возникающие правовые коллизии в процессе оказания (не оказания) первичной медицинской, скорой медицинской помощи

и (или) специализированной медицинской помощи. Диспозиция обозначенных форм медицинской помощи, их правовая регламентация, содержится в ст.ст. 38, 39, 40 Основ законодательства Российской Федерации о здравоохранении 1993 г. ;

- **Объективная сторона** преступления здесь характеризуется бездействием субъекта, т.е. медицинского работника (врача), выразившимся в неоказании помощи больному без уважительных причин в определённом месте и в определённое время. В силу чего, гипотеза статьи, подразумевает наступившие последствия относительно пациента, именно такие, как-то: причинение вреда здоровью (средней тяжести или тяжкого), или наступление смерти. Бездействие выражается в том, что виновный без уважительных причин не совершает необходимые в сложившейся обстановке действия по оказанию помощи больному. Уважительными считаются причины, которые лицо не в состоянии было преодолеть. Например, отсутствие необходимых лекарств или медицинского инструментария;

- **Субъектом** преступления (формально) является лицо, достигшее 16-летнего возраста, обязанное оказывать помощь больному в соответствии с Законом и специальным правилом. Это медицинские работники: врачи, работники среднего медицинского персонала (фельдшеры, медицинские сёстры), фармацевтические работники;

- **Субъективная сторона** преступления - характеризуется **неосторожной виной** в форме легкомыслия или небрежности. Виновный предвидит, что в результате неоказания помощи больному может быть, например, причинён средней тяжести вред здоровью (или тяжкий вред здоровью), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на предотвращение этих последствий. Данное поведение субъекта рассматривают, как легкомыслие. Если лицо не предвидит общественно опасных последствий (указанных выше), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности оно (лицо) должно было и могло предвидеть эти последствия. В этом варианте – поведение субъекта есть небрежность.

Ст. 109 УК РФ:

- в отличие от прежних российских уголовных кодексов (УК РСФСР), УК РФ 1996 года (ныне действующий), не относит причинение смерти по неосторожности к убийствам (ст. 105 УК РФ), а выделяет его (состав данного преступления) в самостоятельные преступления против жизни;

- данное преступление (ст. 109 «Причинение смерти по неосторожности»), отличается от убийства лишь по субъективной стороне (признаки объекта и объективной стороны совпадают).

Субъективная сторона причинения смерти по неосторожности (как это вытекает из названия статьи), характеризуется **неосторожной виной** в виде легкомыслия либо небрежности (о чём мы уже говорили вы, или что содержится в диспозиции ст. 26 УК РФ «Преступление, совершенное по неосторожности»). Причинение смерти, совершенное по легкомыслию, будет иметь место в том случае, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных своих действий (бездействий), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий. Особо следует отметить, что часть 2 ст. 109 предусматривает повышенную ответственность за причинение смерти по **неосторожности**, в следствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (небрежности). В контексте проблемы, такая формализация вины непосредственно может относиться к процессам расследования прецедентов судебно-следственных дел, возбужденных по признакам составов преступлений, относящихся к профессиональным правонарушениям медицинских работников. Факт неблагоприятных последствий (наступление смерти), имеет причинную связь с действиями или бездействиями медицинского работника (в определённое **время** и в определённом **месте**) обусловленными или легкомыслием (сознательное нарушение инструкции, определённых правил, стандартов и т.д.), или небрежностью. Когда медицинский работник мог, и должен был предвидеть негативное развитие ситуации, но без уважительных причин не предотвратил её.

В этом отношении, такие элементы состава преступления по ст. 109 УК РФ, как субъект, объект и объективная сторона преступления, аналогичны ст. 124 УК РФ.

Как видно, формы вины (как субъективный элемент преступления) здесь могут быть неоднозначны, и варьировать, от прямого умысла (если рассматривать ст. 105 «Убийство»), до легкомыслия или небрежности. Легкомыслие и небрежность связывают с неосторожностью.

При этом юристы должны установить (или не установить) объективно-логическую причинную связь между бездействием (или неправильным действием) и наступившими последствиями. В случае установления «положительного» взаимоотношения при-

чины и наступивших неблагоприятных последствий, квалифицируют форму вины в структуре установленного состава преступления.

Но в первую очередь юристы должны установить и всесторонне обосновать, ссылаясь на соответствующую информацию медицинского характера, действительно ли имел место факт бездействия или неправильных (легкомысленных, небрежных) действий медицинского работника?

Спрашивается, как юристы могут это осуществить надлежащим образом, применяя специальные знания в науке права, имея при этом самые общие представления о медицине в целом, организации здравоохранения и вообще не имея специальных знаний в отраслях медицины?

О такой отрасли медицины, как «судебная медицина», речь не идёт. Правоохранители обязаны иметь представление и знать предмет судебной медицины, к которому относятся вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы, т.к. государственные стандарты высшего юридического образования в обязательном порядке предусматривают преподавание курса судебной медицины на юридических факультетах в ВУЗах России. Преподавания курса судебной медицины, естественно адаптированного к специфике высшего юридического образования.

По делу может рассматриваться клиническая ситуация любого профиля, из практики любых врачебных и провизорских специальностей, коих в Российском Здравоохранении по утвержденной номенклатуре (но по утратившему силу Приказу Минздрава РФ от 27.08.1999 г. № 337), 101 наименование.

Вот здесь должна сказать «своё слово» судебно-медицинская экспертиза, как вид доказательства в юридическом процессе. Естественно мы, судебные медики, не берём на себя «абсолютный приоритет», формально отстаивая позицию о том, что это доказательство по делу (комиссионное «Заключение»), является основным, ведущим и «подавляющим» остальные доказательства, которые юристы обычно обнаруживают и относят к предмету исследования.

Правила оценки доказательств (свобода их оценки), оценка совокупности различных видов доказательств, есть прерогатива предварительного следствия и суда. В этом отношении уголовный процесс указывает, что никакие доказательства не имеют заранее установленной силы. Суд, прокурор, следователь, дознаватель

оценивают доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на совокупности имеющихся в уголовном деле доказательств, руководствуясь при этом законом и совестью. Правовое же обоснование данного принципа принятия решения уже вытекает из правил оценки доказательств и положений о **преюдиции**, т.е. из юридической оценки основанной на **презумпции** (предположении) истинности вступившего в законную силу приговора суда. При этом резолютивная часть приговора (как оправдательного, так и обвинительного) вытекает из его описательно-мотивировочной части, которая, по рассматриваемой нами проблеме, обязательно содержит ссылки на аналитические положения из экспертного судебно-медицинского заключения (ст. ст. 17, 88, 90, 204, 305-308 УПК РФ и комментарии к ним). Таков Закон, такова практика его применения.

Доказательствами по делу являются любые сведения, на основании которых представители следствия и суда, устанавливая наличие или отсутствие обстоятельств, подлежащих доказыванию. В ряду возможных доказательств Закон предусматривает присутствие заключения (показания) эксперта или специалиста. Также Закон относит к статусу доказательств иные документы, показания фигурантов по делу, вещественные доказательства. Закон формально не отдаёт «предпочтение» тем или иным видам доказательств, не ставит значимость одного доказательства, выше (значительнее) другого, оценке подвергают их совокупность.

Уместно отметить, что по данной проблеме, которую мы взяли рассматривать, комиссия судебная экспертиза, выполненная с применением специальных знаний из различных отраслей медицины, так или иначе «задаёт общий вектор» юридической оценке всей совокупности доказательств, собранных по делу. Мы убеждены в этом.

Но из сказанного выше вовсе не следует, что врачи судебно-медицинские эксперты (иные врачи-эксперты), могут допускать использование этого, как «искушение» для возможности манипуляции сознанием правосудия. По этике человеческих взаимоотношений – это безнравственно и аморально, и здесь, увы, нельзя исключить, как провоцирующее начало, фактор «врачебной корпоративности». Так как, по сути дела, в экспертном процессе по рассматриваемым делам, врачи «судят» врачей. Хотя фактор корпоративности в профессиональной медицинской деятельности, как и в любой другой, в целом, является здоровым социальным явлением.

Реализация такой возможности, с целью умышленного сокрытия, под маской «околонаучных» формулировок и бессодержательных речевых оборотов, таких как «... *определить не представляется возможным* ...», фактов тех или иных «огрехов» в медицинской деятельности, очевидно, есть уголовное преступление. Но юридически доказать заведомую ложь непросто.

Несмотря на указанные сложности, осознавая всю полноту ответственности, мы обязаны дать независимую, всестороннюю, беспристрастную и объективную медико-экспертную оценку изученным материалам дела. Должны дать экспертную оценку фактам и выполнить этот процесс **в надлежащем технологическом режиме**. Причем последовательность его исполнения должна быть чётко изложена графическим способом на бумаге. Информационное содержание результатов данного экспертного исследования должно быть понятно всем участникам процесса расследования, как-то: представителям предварительного следствия, суда, сторонам и представителям защиты их интересов. Стороны (и представители защиты их интересов), как правило, настроены друг к другу решительно «непримиримо». Заключение экспертов должно быть понятным всем, тогда отпадёт необходимость допросов врачей-экспертов («изматывающих» суд, гособвинение и стороны), с целью «расшифровать» медицинские «ребусы» в нём заложенные.

Большинство юристов (следователей следственного комитета прокуратуры, прокуроров, судей, адвокатов), прошедших через практику ведения «медицинских дел», с которыми нам приходилось, как теоретически обсуждать проблему, так и многократно работать в соответствующих судебно-следственных прецедентах, тоже такого же мнения.

Обобщив изученный практический материал, произвели, по интересующему нас предмету проблемы (в контексте подготовки студенческого научного доклада), в начале 2008 года письменное анонимное анкетирование юристов, осуществляющих свою деятельность в правоохранительных органах г. Самары и Самарской области (О.С. Куликов, 2008), [94].

Так, среди работников Следственного Управления Следственного Комитета при прокуратуре РФ по Самарской области (в дальнейшем – СК прокуратуры), опрошено 132 респондента. Это почти полный состав следователей СК прокуратуры по нашему региону.

Среди судей федеральных судов Самарского областного центра опрошено 17 респондентов.

Среди адвокатов Самарской областной коллегии адвокатов, опрошено 24 респондента.

Образец анкеты опроса юриста, см. в ПРИЛОЖЕНИИ 3 монографии.

В анкетном опросе нами была выдвинута доктрина, подводящая итог ответов на поставленные в анкете вопросы:

- внести в технологии производства исследовательской части экспертизы рассматриваемого характера, нормативное положение об обязательном составлении СМЭ эпикриза (см. выше часть первую настоящей главы), в предлагаемом нами последовательном аналитическом алгоритме. С закреплением данного положения в подзаконном акте, например, в форме совершенствования соответствующего раздела XII Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы, утверждённой приказом № 161 от 24.04.2003 года Минздрава РФ.

В итоге, за данную доктрину, по анализу результатов анкетирования 173 правоохранителей, высказались положительно - 104 респондентов (т.е. 60,1 % опрошенных). Причем, в основном, это были лица, имевшие опыт ведения таких дел. В том числе, все опрошенные судьи и все адвокаты, высказались положительно за данную технологическую инновацию в производстве комплексных судебных экспертиз.

39,9 % респондентов, высказали мнение об отсутствии необходимости внедрения данного предложения. Ими были работники СК прокуратуры, которые ни разу не сталкивались, в своей практике, с такой категорией дел (что было видно из анкетного опроса).

Если учитывать только юристов, имевших профессиональный опыт расследования таких обстоятельств, то наша доктрина получила положительные отзывы среди них, в 99,5 % случаев.

В подавляющем количестве анкетных наблюдений респонденты высказывали мнение о том, что исследовательская часть экспертных заключений данного характера, зачастую является для них тяжело преодолимым «камнем преткновения» в понимании. Ввиду чего, данная часть заключения, по их мнению, должна быть соответствующим образом структурирована, о чём мы высказывались в ранее и после того, в соответствующих публикациях, (С.Н. Куликов, 2005, 2008; С.Н. Куликов, О.С. Куликов 2008; О.С. Куликов, 2008), [70,71, 80, 82, 94].

Входит ли это в контекст борьбы с коррупцией, как аспект укрепления государственной безопасности? Вероятно, что да.

Об этой части проблемы, о технологии производства судебных экспертиз по так называемым «медицинским делам», поведём речь ниже.

Энциклопедическое определение технологии (как понятийной категории) звучит следующим образом: «...*Технология* (от греч. *techné* - искусство, мастерство, умение и ...логия -наука) – *совокупность приёмов и способов получения, обработки или переработка сырья, материалов, полуфабрикатов или изделий ... Задачей технологии как науки является выявление физ.хим., механических и др. закономерностей с целью определения и использования на практике наиболее эффективных и экономичных производственных процессов, требующих наименьших затрат времени и материальных ресурсов ...*», [14].

Применительно к судебно-экспертной деятельности суть технологии истолковывают в следующей интерпретации: « ... *определить экспертную технологию можно как совокупность осуществляемых в определённой последовательности операций, действий, выполняемых на основе специальных познаний, в связи с проведением исследования каких-либо объектов, являющихся вещественными доказательствами, в целях поиска ответов на поставленные перед экспертом вопросы.* », (А.М. Зинин, Н.П. Майлис, 2002), [143].

Относительно поставленной проблемы алгоритм последовательности операций, выполняемых на основе специальных познаний, в частности, можем увидеть в соответствующих положениях раздела XII Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы, утверждённой известным нам приказом Минздрава РФ № 161 от 24.04.2001 г. РФ (в дальнейшем – Инструкция ...).

Из последовательности хронологии утверждения Инструкции, принятия Федерального Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (в дальнейшем – Федеральный Закон), вступления в действие, нового УПК РФ, видно, что Инструкция принята, как ведомственный нормативный документ, в развитие федерального законодательства (указанного Федерального Закона и нового УПК РФ).

В этой связи сосредоточимся по теме, на разделе XII Инструкции, ст.ст. 21, 22, 23 Федерального Закона и ст.ст. 200, 201, 204 (с комментариями) УПК РФ.

Позволяет ли совокупность указанных нормативных документов, в интересующем нас вопросе, в надлежащих подробностях,

дать надёжную технологическую схему производства судебной экспертизы рассматриваемого характера (особенно её **исследовательской части**)? Такую технологию производства исследовательской части экспертизы, которая бы максимально «снимала» возможность реализации существующего в действительности «искушения»(1) и которая бы оставляла только малую толику к необходимости дополнительных разъяснений, в форме допросов экспертов (2) по Заклчению, о чём мы говорили выше ?

На настоящее время, которое связываем с обобщением периода нашего практического экспертного опыта по рассматриваемой проблеме, на поставленные вопросы даём отрицательный ответ.

Что мы, в этой связи предлагаем и что из выработанной тактики, по данному предмету, мы уже используем в экспертном процессе с целью профилактики возможности указанного выше негативного явления (1) и профилактики «отягощения» юридического процесса (2), связанного с оценкой следствием и судом экспертного Заклчения ?

В разделе XII «Сложные комиссионные экспертные исследования по материалам уголовных и гражданских дел», Инструкции, каких-либо специальных регламентирующих пунктов о производстве судебных экспертиз по предметам юридических расследований преступлений в медицинской деятельности нет вообще.

Какие-либо производственные руководства к технологии структурного построения **исследовательской части** «сложного комиссионного экспертного исследования» по материалам дел любой категории, в разделе XII Инструкции отсутствуют.

Очевидно, что «раскладку» данного вопроса надо проецировать на п. 12.4. раздела XII Инструкции, состоящего из девяти положений, предписывающих действия «эксперта-организатора (докладчика)». Какими положениями Инструкции мы можем руководствоваться для выполнения данной задачи (**построение исследовательской части заклчения**)? К данным положениям следует отнести положения 7, 8 и 9 п.12.4. раздела... , носящие только декларативный характер, а именно (эксперт-организатор подготавливает и выполняет): «...

- *составление к назначенному сроку вводной и **исследовательской** частей заклчения комиссии экспертов (выделение текста – наше);*

- *подготовка необходимых материалов к совместному анализу полученных результатов;*

- *оформление заклчения комиссии экспертов;... ».*

Может быть, нам не надо совершенствовать Инструкцию в данной части, т.к. экспертиза по «медицинским делам» относится к комплексным судебным экспертизам, а не к судебно-медицинским (ст. 23 Федерального Закона, ст. 201 УК РФ) ? Нет, очевидно, что это необходимо сделать, т.к. предмет и объекты экспертиз по таким делам, лежат в плоскости судебной медицины и иных отраслей медицины. Задача координации процесса производства экспертиз такого характера, бесспорно, лежит на врачах судебно-медицинских экспертах, т.к. наименование нашей специальности номинально обозначает предмет науки судебной медицины.

В основе своей, задача обоснована разницей специфики научного поиска информационно-диагностических компонентов, применяемых из различных отраслей медицинских знаний в судебно-экспертном процессе. Это всегда требует у врачей-экспертов (различных специальностей), наличия отличных друг от друга специальных знаний (1), умений (2) и навыков (3). Реализация этих трёх гносеологических составляющих подразумевает под собой применение различных методик исследований в различных отраслях медицины.

В этой связи мы уже давали выше (в первой части данной главы), комментарии ст. 201 УПК РФ, относительно значимости комплексности экспертных исследований с интегрированием различных медицинских знаний.

Отсюда процессуальное основание наименования такой экспертизы, например, как «комплексная медицинская судебная экспертиза», логически оправдано и, естественно, что данное процессуальное действие относится к экспертным исследованиям с применением специальных знаний из области судебной медицины, в том числе, (В.А. Клевно, 2005; С.Н. Куликов, 2005, 2008), [37, 70, 71, 80].

Методические Рекомендации «Об организации производства комплексных экспертиз в судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», утверждённые ФМКСМ⁹ по судебной экспертизе и экспертным исследованиям 13.12.2007 года, также не дают нам подробного руководства к действию, относительно поставленной проблемы (в дальнейшем – Методические Рекомендации). Методические Рекомендации в п.п. 12, 13, 14 преимущественно дублируют комментарии к ст. 201 УПК РФ «Комплексная судебная эксперти-

9 ФМКСМ – Федеральный Межведомственный Координационно-Методический Совет

за» и не детализируют технологию производства исследовательской части судебной экспертизы по «медицинским делам», [102].

Следовательно, совершенствовать в рассматриваемом контексте Инструкцию насущно необходимо.

Из комментариев к ст. 201 УПК РФ, относительно технологии построения исследовательской части комплексной судебной экспертизы, следует указать на следующие извлечения:

«...2. Разграничение функций экспертов при производстве комплексной экспертизы выражается в том, что каждый эксперт проводит исследования только в рамках своей компетенции, т.е. решает вопросы, в которых он компетентен, и применяет те методы, которыми владеет. ...

5. ... В его (т.е. в Заключение – С.Н. Куликов) исследовательской части отдельно излагается каждый вид исследования, проведённый отдельным экспертом (экспертами) определённой специальности, и сформулированные по итогам этого исследования промежуточные выводы. Эта часть заключения подписывается тем экспертом, который провёл данное исследование и сформулировал эти выводы. После описания всех видов исследований, проведённых различными экспертами, следует так называемая синтезирующая часть (такое наименование она получила на практике). В ней даётся общий анализ итогов исследования и обосновываются общие (конечные) выводы ...», [43]. Выделение текста – наше.

В силу указанных положений ст. 201 УПК РФ и руководствуясь наработанной нами практикой по предмету рассматриваемой проблемы, предлагаем следующий алгоритм технологии производства исследовательской части Заключения по «медицинскому делу».

Очень важен ещё один предварительный аспект, который предусматривает уголовный процесс.

Так, из комментариев к ст. 204 УПК РФ, в частности следует, что во вводной части Заключения вопросы, поставленные на разрешение эксперта (экспертов) должны быть даны в той формулировке, в какой указаны в постановлении о назначении экспертизы. Однако если они сформулированы там неправильно (нечётко, не в соответствии с принятой терминологией и т.п.), но смысл их понятен, то эксперт, сложившейся практике и согласно ведомственным нормативам актам, вправе указать, как он их понимает в соответствии со своими специальными знаниями. То есть фактически переформулировать их (но с обязательным приведением первоначальной формулировки), [43].

Таким образом, производству исследовательской части Заключения, должно предшествовать уяснение поставленного экспертного задания. Если к формулированию вопросов на стадии составления следователем (судьёй) постановления о назначении экспертизы не привлекался специалист (ст. 58 УК РФ), то указанная выше работа с вопросами, уже при производстве экспертного Заключения, зачастую неизбежна и обязательна.

В вопросах самостоятельно сформулированных правоохранителями зачастую обычно идёт «перекос» в сторону задач сыска (это понятно). Например, в поставленных вопросах нередко такие формулировки: « ... *Какой врач обязан был произвести в данный момент времени то-то и то-то ... ? Какой врач допустил в такое-то время фактически наступившие неблагоприятные последствия, есть ли в этом его вина и если есть, то какова её степень ...? ...* » и т.п. .

В этой связи считаем, что во вводной (подготовительной) части Заключения, согласно прокомментированным выше положениям ст. 204 УПК РФ, судебные медики обязаны «привести вопросы в порядок». Рассмотрим это на конкретном примере из экспертной практики.

Так, в постановлении следователя следственного межрайонного отдела Следственного управления СК прокуратуры по Самарской области, на разрешение экспертам было поставлено 23 вопроса с избыточными формулировками, указанными выше. Уголовное дело по ч.2 ст. 124 УК РФ, было возбуждено относительно неопределённого круга лиц, относящихся к медицинским работникам центральной городской больницы нашего областного региона. По констатации перечня вопросов в авторской формулировке следователя, во вводной части Заключения мы переформулировали их. В итоге получилось 16 вопросов по смысловому содержанию своему, включавших 23 вопроса поставленных изначально.

В силу чего, нами было указано на следующее под заголовком «Уяснение поставленного экспертного задания»: «...*Прежде всего, следует уяснить компетенцию судебных экспертов, осуществляющих экспертный процесс и компетенцию следствия по данному делу:*

1. Устанавливать персонально, т.е. пофамильно, «... кто из врачей ЦГБ г. ..., какие функции выполнял или не выполнял и по чьей вине то-то и то-то не было выполнено ...» в период стационарного лечения Иванова ..., как это указано в поставленных судебным экспертам вопросах, не входит в компетенцию последних.

Установление (или не установление) указанных выше данных относится к компетенции следствия, которое определяет (или не определяет): форму вины, персонально субъект (субъекты) преступления (1), его объект (2), а также его субъективную (3) и объективную стороны (4).

2. Юридическое обоснование наличия доказательственных признаков указанных элементов состава преступления (или отсутствие их наличия), относящегося к категории правонарушений медицинских работников, только отчасти, базируется и на судебно-экспертных данных.

При этом последние констатируют особенности характера патологического процесса (заболевания или травмы) (1), своевременность или несвоевременность его диагностики (2), особенности этапного течения клинического процесса (3) и дают медико-экспертную оценку качеству оказания медицинской помощи (4), применительно к месту и времени события конфликтного прецедента, рассматриваемого по делу.

3. Следствие, получив такую судебно-экспертную информацию, относящуюся к предмету расследования (по времени и месту рассматриваемых по делу обстоятельств), самостоятельно устанавливает лиц, участвовавших в медицинской деятельности, в данное время и в данном месте, и даёт юридическую оценку их действиям (или бездействиям).».

Заметьте, что во втором абзаце п.2 «Уяснения поставленного экспертного задания» обозначена, по сути дела, судебно-экспертная задача по оценке Качества Медицинской Помощи (это неизбежно). Основная «подоплёка» экспертиз такого характера, так или иначе, сводится именно к этому.

Принято рассматривать следующие критерии оценки Качества Медицинской Помощи (в дальнейшем – КМП):

-Доступность медицинской помощи: возможность получения необходимой медицинской помощи в необходимые сроки;

-Адекватность медицинской помощи: соответствие оказанной пациенту медицинской помощи современным нормам;

-Преимственность медицинской помощи: координация в медицинской помощи, оказываемой пациенту в разное время, разными специалистами и лечебными учреждениями;

-*Действенность медицинской помощи*: соответствие оказанной медицинской помощи тем задачам, которые перед ней были поставлены;

-*Эффективность медицинской помощи*: достижение запланированных результатов медицинской помощи с минимальными затратами, усилиями и издержками;

-*Ориентированность на пациента*: участие пациента и его близких в процессе принятия решений, относящихся к его здоровью, а также удовлетворённость медицинской помощью;

-*Безопасность процесса лечения*: гарантии безопасности и отсутствия вредных воздействий на пациента в медицинском учреждении;

-*Своевременность медицинской помощи*: оказание медицинской помощи тогда, когда это необходимо пациенту, (Е.И. Полубенцева, Г.Э. Улумбекова, К.И. Сайткулов, 2007), [113].

Пятый критерий оценки КМП, очевидно напрямую не входит в предмет экспертного задания по производству подобных Заключений.

Таким образом, принимая во внимание, сказанное выше и согласно прокомментированным положениям ст. 201 УПК РФ, мы видим следующую принципиальную схему последовательности операций, действий, выполняемых на основе специальных познаний, в Исследовательской Части Заключения (в дальнейшем – ИЧЗ), в целях поиска ответов на поставленные перед экспертом (экспертами) вопросы. Приводим технологию экспертного процесса по ниже приведённым пунктам (I- VII):

I По уяснению поставленной экспертной задачи, следует изложение (письменно) хода исследования материалов дела, каждым судебным экспертом в отдельности, согласно его компетенции в определённой области медицинских знаний;

II РЕЗЮМЕ¹⁰ : письменное заключение судебного эксперта в лице врача-специалиста определённой отрасли медицины по проведению им самостоятельного изучения материалов дела.

¹⁰ Резюме - (франц. resume, от resumer - излагать вкратце), краткое заключительное изложение речи, статьи, доклада, сообщения.

III РЕЗЮМЕ заканчивается Таблицей Экспертного Анализа этапов Медицинской Помощи (МП) во ВРЕМЕНИ и МЕСТЕ, оказанной пациенту (в дальнейшем – ТЭА). См. ниже принципиальное построение ТЭА.

Этапы МП могут быть, например, догоспитальный, госпитальный (предоперационный, операционный, послеоперационный).

Таблица Экспертного Анализа (ТЭА) этапов Медицинской Помощи (МП) во ВРЕМЕНИ и МЕСТЕ, оказанной пациенту:

1	2	3	4	5		6	
Этап МП	ВРЕМЯ по кратности выполнения Медицинских Мероприятий (ММ)	МЕСТО по кратности выполнения Медицинских Мероприятий (ММ)	Действовавшие врачи-специалисты	Результаты диагностики в клиническом процессе		Медицинские мероприятия (ММ)	
				5.1.	5.2.	6.1.	6.2.
				Фактически было диагностировано	Оценка факта диагностики (наличие расхождений)	Выполненные ММ и в связи с ними, прогностический исход основного заболевания	+ Дополнительно показанные ММ (невыполненные), прогностический исход основного заболевания, в случае их выполнения

Приводим принципиальную схему таблицы, т.к. настоящий рабочий вариант её нагляднее представляется в альбомном формате. Действительное применение таблиц в экспертном процессе, в качестве примера, приведено в разделе Приложений монографии.

Наименования вертикальных «колонок» ТЭА:

- 1- этапы МП;
- 2-ВРЕМЯ по кратности видов проведённых ММ (медицинских мероприятий);
- 3- МЕСТО по кратности проведения ММ;

4- действующие врачи-специалисты (без указания ФИО).
5- результаты диагностики в клиническом процессе:
5.1. - фактически было диагностировано;
5.2. - оценка факта диагностики (наличие расхождений в диагнозах).

6 - медицинские мероприятия:

6.1. - выполненные ММ и связанный с ними прогностический анализ исхода основного заболевания (травмы);

6.2. - дополнительно показанные ММ (невыполненные) и связанный с этим прогностический исход основного заболевания или травмы.

Изложенный способ построения ИЧЗ (с применением ТЭА), был применён нами в производстве комплексного судебно-экспертного заключения по материалам дела, рассматриваемой категории летом 2008 года. См. последовательно материалы ПРИЛОЖЕНИЯ 4 в разделе «Приложения» монографии:

- титульный лист данного Заключения;
- страницу, обозначающую разделы Заключения (содержание);

- извлечения из результирующей части Заключения (синтезирующий раздел исследовательской части экспертизы);

- ТАБЛИЦЫ Экспертного Анализа Медицинской Помощи во ВРЕМЕНИ и МЕСТЕ оказанной больной Степановой А.Б. врачами-специалистами в областях трансфузиологии (Приложение-В) и хирургии (Приложение-С). Таблицы представлены в альбомном формате.

Совокупность полученных данных позволила нам (экспертной комиссии комплексного характера), указать на дефекты оказанной медицинской помощи. Формулировки выявленных дефектов совпали с частью формулировок в **«Примерном перечне дефектов оказания медицинской помощи»**. Данный перечень прописан в Приложении к Приказу от 26 мая 2008 г. № 111 Федерального фонда обязательного медицинского страхования. См. документ в ПРИЛОЖЕНИИ 5 монографии (совпавшие дефекты... в перечне подчёркнуты).

IV Изучение врачом судебно-медицинским экспертом материалов, представленных врачами-экспертами иных специальностей;

V Взаимное ознакомление членов экспертной комиссии со

всеми результатами исследований (РЕЗЮМЕ и ТЭА), проведенных каждым экспертом, компетентным в своей специальности;

VI Синтетический раздел ИЧЗ:

- составление, по изучению врачом судебно-медицинским экспертом (судебно-медицинскими экспертами) информации, полученной от иных экспертов, иных врачебных специальностей, (по п.п. I - IV схемы ИЧЗ), СМЭ эпикриза;

- совещание экспертной комиссии по составлению результатов выводов, согласно вопросам, составленным по уяснению предмета экспертного задания;

VII Составление заключительных выводов.

После последовательного выполнения указанных выше действий (I- VI), во всяком случае, нам, врачам судебно-медицинским экспертам, составление заключительных выводов уже не представляло чрезмерно сложной задачи, т.к. к этому моменту мы уже были необходимо «вооружены» специальными знаниями из иных (требуемых по делу) областей медицины. И ясно представляли все взаимосвязи между элементами клинического процесса с одной стороны и действиями (или бездействиями) медицинских работников, являвшимися фигурантами по делу, с другой.

Именно тогда мы становимся компетентными по предмету экспертного задания в целом, несмотря на распространение его вопросов в иные области медицинских знаний (кроме судебной медицины). Ибо врач судебно-медицинский эксперт в период процесса производства такой экспертизы (при таком подходе к делу) буквально «вживается» в изучаемую клиническую ситуацию.

В силу чего, верно то, на что указывал профессор В.А. Клев-но (2005): *« ... необходимо внести в экспертную практику такое оформление выводов заключения эксперта, при котором врач судебно-медицинский эксперт подписывал бы только такие выводы, по которым он является компетентным (ст. 57, ч.3 УПК РФ). Выводы по частным клиническим вопросам, которые выходят за пределы компетенции врача судебно-медицинского эксперта, должны подписывать только члены комиссии- врачи-клиницисты сформулировавшие эти выводы. Такой порядок оформления выводов заключения эксперта будет чётко определять как компетенцию каждого члена экспертной комиссии, та и его ответственность за каждый вывод заключения. такой подход позволит существенно изменить и*

роль врача судебно-медицинского эксперта при вызове его в судебное заседание, поскольку ему не придётся отвечать на вопросы, не относящиеся к его компетенции. Для этого суд должен будет приглашать в судебное заседание и других членов комиссии- врачей-клиницистов ...», [37].

Обращаясь к специфике составления ТЭА, следует заметить следующее. Особенность вертикальной «колонки» 6.2. ТЭА, такова, что врач-эксперт (определённой врачебной специальности), излагает в ней, если на то есть снование, идеальную МОДЕЛЬ МП в контексте Анализа Прогноза Исхода Клинической Ситуации (АПИКС), рассматриваемой по делу.

На настоящее время, которое связываем с обобщением нашего экспертного опыта по данной проблеме, мы сознательно не наименовываем МОДЕЛЬ МП в АПИКС – стандартной. В силу того, что всесторонне разработанных и нормативно принятых стандартов по всем отраслям профессиональной медицинской деятельности в РФ нет (пока нет).

Однако это не значит, что врачи РФ, оказывая МП, не руководствуются системно объективными медицинскими критериями, которые они должны знать и уметь применять на практике. И раньше, и в настоящее время, юридическое обоснование профессиональных обязанностей медицинских работников формально (и фактически) базируется на нормах определённого уровня медицинских знаний, умений, навыков (1), на нормах определённых в правах, ответственности и функциональных обязанностях (2). Первое подтверждается специальным образовательным статусом врача, второе – регулируется федеральным законодательством, подзаконными актами и должностными (функциональными) инструкциями.

Таким образом, эти своеобразные «сборные стандарты» МП всегда следует тщательно анализировать в экспертном процессе при построении идеальной МОДЕЛИ МП в АПИКС. Интегрировать этот процесс вполне уместно уже сейчас (не «уповая» на стандарты МП и не ожидая, их утверждения), с названными выше критериями оценки КМП. В данном случае оценка КМП будет действительно доказательна.

Иначе говоря, когда мы (врачи судебно-медицинские эксперты и врачи иных специальностей, работающие в экспертной комиссии) «разложим по полочкам», по времени и месту, значимость медицинских мероприятий в расследуемых обстоятельствах

«медицинского дела», тогда и судебная оценка предмета расследования будет юридически всесторонне обоснована. Правосудие вынесет объективный вердикт¹¹ действительно на основе принципа преюдиции (тогда ИЧЗ действительно будет изучаема и понимаема юристами).

Такая постановка дела будет понимаема и сторонами. Примечательно то, что в этом отношении показывает практика. Стороны в рассматриваемых по данной теме судебных процессах, вначале решительно непримиримые друг к другу, по осмыслению в суде раскрытых логических взаимосвязей подобных экспертных заключений, психологически «умиротворяются». Нет, не становятся «друзьями», но более спокойно и осмысленно принимают решение суда.

В заключении уместно высказаться о том, что в представленном нами изложении затронутой темы, мы не претендуем на «истину в последней инстанции» или даже на частичное решение проблемы. Однако время установления «точек приложения силы» для поднятия этой темы и поиска наиболее оптимального варианта технологии производства судебных экспертиз по «медицинским делам» назрела давно. Именно отсюда будут происходить полноценные медико-экспертные и правовые определения **«преступления», «врачебной ошибки», «несчастливого случая»** прецедентно происходящих в обстоятельствах профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников.

Решить эту задачу нам по силам.

11 Вердикт- (от лат. vere dictum - истинно сказанное), например, в суде присяжных решение (приговор) присяжных заседателей по вопросу о виновности или невиновности подсудимого (обвинительный или оправдательный вердикт).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, краткий обзор результатов работы нашего научного студенческого кружка (нашего «философского сада»), за последние шесть лет (2003-2008 г.г.) и опыт применения полученных научных разработок в реальной судебно-экспертной практике, позволяют нам предложить **инновацию** в учебном процессе до дипломной подготовки, по дисциплине «*Судебная медицина*». А именно, наши **авторские элективные циклы занятий**, темы которых лежат в плоскости разрешения специальных вопросов судебной медицины, рассматриваемых в юридическом процессе доказательственного установления (не установления) факультативных элементов объективной стороны преступления, направленного против жизни и здоровья. В силу чего, приводим ниже соответствующую Таблицу расписания циклов элективных занятий со студентами 6 курса лечебного, медико-профилактического, педиатрического и 5 курса стоматологического факультетов медицинского Высшего Учебного заведения:

Наименование тем циклов элективных занятий	Часы лекций и практических занятий		Форма завершения электива (часы)	В С Е Г О
	Лекции	Практические занятия	Зачет	
1. Процесс и тактика производства судебно-медицинских экспертиз реконструкции событий	4	12	2	18
2. Процесс и тактика судебно-медицинской диагностики степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека	4	12	2	18
3. Процесс и тактика производства судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел» (по признакам составов преступлений, относящимся к профессиональным правонарушениям медицинских работников)	4	14	2	20
ИТОГО	12	38	6	56

Студенты в праве выбрать один тематический цикл из предлагаемых трёх.

При этом предлагаемые элективные темы, при их соответствующей адаптации, могут быть применены, как в процессе последипломной подготовки (переподготовки) врачей, так и в процессе додипломной подготовки на юридических факультетах Высших Учебных заведений.

Термин «инновация» нынче упрочилось в нашем словесном обиходе. Как же его стоит понимать?

Инновация - в широком понятии, это результат инвестирования в рабочий процесс нового знания с целью обновления сфер жизни людей, например, в технологии, в организационных формах существования социума, таких как образование, управление, организация труда, обслуживание, наука, информатизация и т. д. . Таким образом, для осуществления материализации инновационной идеи необходимо последовательное осуществление следующего процесса: инвестиции - разработка (или сначала разработка, а потом, инвестиции) - процесс внедрения - получение качественного улучшения.

Относительно нашего проекта, выраженного в «простой мысли» (см. выше авторское эссе), мы уже на сегодня готовы внести инновацию в образовательный процесс по судебной медицине, в форме авторских циклов элективных занятий.

Уверены, что предлагаемые элективные занятия по судебной медицине будут способствовать раскрытию творческих способностей студентов, продуцированию новых идей и гипотез в изучаемых вопросах. Тем более что, студенты, преимущественно обладают креативностью* мышления, видят дефицит и противоречивость в тех или иных областях знаний, которые всегда присутствуют в предметах тех дисциплин, которые преподаём им мы в учебном материале.

Куликов С.Н.

Куликов О.С.



ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИМЕРЫ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ И ПРАКТИКИ СПЕЦИАЛИСТА (ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ)

В примерах из экспертной практики и практики специалиста, имена и фамилии фигурантов по делу (свидетелей, истцов, потерпевших, подозреваемых, обвиняемых, подсудимых) а также экспертов, чьи результаты исследований ретроспективно подвергаются анализу, изменены.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

З А К Л Ю Ч Е Н И Е (№ 01/06- 06)

врача - специалиста в области судебной медицины

г. Самара

2006г.

22.06. – 30.06.2006 г., на основании письменного обращения (запроса), от 20.06.2006 г., адвоката *Палаты адвокатов Самарской области Коллегии адвокатов «Самара-Адвокат» МОРДИКОВОЙ С.Е.*, согласно ч. 4 ст. 29, ст. 45 Конституции Российской Федерации, пунктам 2 - 4, части 3 ст. 6 Федерального закона (№63-ФЗ) «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации», и применительно к подпункту «3)» ч. 1 ст. 53, ч.3 ст. 80, ст. ст. 168, 251, 270, ч.4. ст. 271 УПК РФ - мной, доцентом судебной медицины, кандидатом медицинских наук, врачом-специалистом в области судебной медицины, судебно-медицинским экспертом высшей квалификационной категории С.Н. КУЛИКОВЫМ, имеющим сертификат специалиста № 2259 от 06.06.2002 г., по специальности «судебно-медицинская экспертиза», стаж работы по специальности 24 года, зав. учебной частью кафедры судебной медицины ГОУ ВПО «Самарский ГМУ» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, произведено письменное заключение врача специалиста в области судебной медицины по вопросам, представленным в письменном обращении адвоката (см. обращение).

Доцент
судебной медицины

С.Н. КУЛИКОВ
30.06.2006 г.

На разрешение специалисту поставлены следующие вопросы:

1. В каком структурном подразделении, в Бугурусланском филиале ГУЗ Бюро СМЭ или в ГУЗ Бюро СМЭ Минздрава Оренбургской области были выполнены лабораторные исследования по гистологии и по судебно-химическому исследованию крови и мочи, взятых от трупа гр.Н. ...?

2. Должно ли это быть видно из актов исследований трупа гр. Н. ... и проведённых в дальнейшем по данному поводу судебно-медицинских экспертиз ?

3. Чем можно объяснить, относительно существующих инструктивных положений по организации и производству экспертных исследований в Бюро СМЭ, что лабораторные исследования объектов, изъятых от трупа гр. Н. ...при его первичном исследовании 20.12.2005 г. были произведены позже (т.е. 16.01.2006г.), чем аналогичные лабораторные исследования тех же по характеру объектов, изъятых от трупа гр. Н. ... при его повторном исследовании 26.12.2005 г. (когда лабораторные исследования были выполнены 28.12.2005 г. и 10.01.2006 г.)?

4. Представлен ли дифференциальный анализ гистологических данных, на л. 12 –13 комиссионной ЭКСПЕРТИЗЫ относительно результатов гистологических исследований, полученных, как 10.01.2006 г. (акт № 9), так и относительно результатов гистологических исследований, полученных 16.01.2006 г.(акт № 96)?

5. Если лицом, назначившим постановлением судебно-медицинскую экспертизу трупа, указано, что в распоряжение эксперта представлен только труп, а в обстоятельствах дела, изложенных в постановлении, фигурируют данные о проведённых уже ранее двух судебно-медицинских исследованиях этого же трупа, то что ещё должно было быть представлено в распоряжение эксперта следователем?

6. С Вашей точки зрения, комиссионная судебно-медицинская экспертиза, назначенная постановлением от 22 февраля 2005 г., является дополнительной или повторной ?

7. На л. 12-13 комиссионной ЭКСПЕРТИЗЫ указано: *«Вопрос продолжительности жизни после травмы шеи с учетом гисто-*

логической картины консультирован с зав. судебно-гистологическим отделением Ивановой ...». При этом, как следует из титульного листа ЭКСПЕРТИЗЫ, зав. судебно-гистологическим отделением Иванова, не фигурирует в членах экспертной комиссии. Как Вы расцениваете данный факт, относительно процесса производства судебной экспертизы?

8. Сравнения данные по времени производства АКТА № 1942 (повторного исследования трупа Н. ...) и по времени производства Заключения № 1942 (первичной экспертизы его трупа), видно, что данные эти идентичны. Однако и там, и там указано, что как при производстве исследования, так и при производстве экспертизы присутствовали медрегистратор и санитар морга.

Могли ли одни и те же технические помощники (медрегистратор и санитар морга) присутствовать одновременно, как при производстве повторного исследования трупа, так и при производстве первичной экспертизы этого же трупа?

9. Исходя из существующих инструктивных положений по организации и производству экспертных исследований в Бюро СМЭ, какие обязанности вменены среднему и младшему медицинскому персоналу, приданному в помощь врачу судебно-медицинскому эксперту, выполняющему исследование трупа?

10. Следствием установлен факт пребывания трупа Н. ..., в течение с 20.12. по 26.12.2005 г. в помещениях дома гр. В. ..., где в частности, до 22.12.2005 г. труп хранился именно в жилом, стало быть, в отопляемом помещении. При этом смерть Н. ... была констатирована врачами скорой помощи уже на 21.00. 19.12.2005 г.. 26.12.2005 г. было произведено повторное судебно-медицинское исследование трупа Н.

Находился ли труп Н. ..., на момент производства первичного судебно-медицинского исследования (20.12.2005 г.) в состоянии гнилостных изменений? Находился ли труп Н. ..., на момент производства повторного судебно-медицинского исследования (26.12.2005 г.), в состоянии гнилостных изменений? Если находился, то можно ли высказаться о степени этих гнилостных изменений?

11. При повторном исследовании трупа в области спинного мозга на уровне 2-ого шейных позвонков эксперт установил «...В

168

проекции 2 шейного позвонка ткань спинного мозга бесструктурная ...». При оценке микроскопии ткани спинного мозга, в ходе производства комиссионной экспертизы, было установлено: «... *Спинной мозг. Общий фон препарата – достаточно выраженные аутолитические изменения тканей и структур ...».*

Что такое «... *аутолитические изменения в области спинного мозга ...»* и как данный факт может влиять на экспертную оценку состояния ткани спинного мозга?

12. Если кровь была взята от одного и того же трупа (т.е. от трупа Н. ..., как при первичном, так и при повторном судебно-медицинских исследованиях), то почему результаты данного исследования получились столь разными (в крови трупа Н. ... обнаружен этиловый спирт в концентрации – 3,6‰ по первичному исследованию трупа. Концентрация алкоголя крови – 4,5 ‰ по повторному исследованию трупа) ?

13. В заключении к повторному исследованию трупа и в выводах к первичной экспертизе трупа Н. ..., указано, что невозможно объективно оценить данные химического исследования крови и мочи. Однако указано, что незадолго до наступления смерти потерпевший употреблял алкоголь и находился в состоянии алкогольного опьянения, степень которого определить не представляется возможным.

Вопрос относительно экспертной оценки результатов судебно-химического исследования крови и мочи, взятых от трупа Н. ..., комиссии экспертов не ставился вообще.

Возможно ли в какой-либо форме, тем не менее, дать судебно-медицинскую оценку по факту полученных результатов судебно-химического исследования крови и мочи, взятых от трупа Н. ...?

Существуют для этого какие-либо расчеты определения количества принятого алкоголя, степени алкогольного опьянения и т.д.?

14. Комиссия экспертов в выводах к ЭКСПЕРТИЗЕ указывают, что детально проанализировать механизм образования травмы шеи в соответствии с предложенными обстоятельствами, указанными в вопросах постановления, «... *не представляется возможным в связи с отсутствием для этого научно обоснованных, объективных медицинских данных».*

Действительно ли на данное время и на время производства, как судебно-медицинских исследований трупа Н. ..., так и на время производства первичной и комиссионной экспертиз по рассматриваемому факту смерти Н. ..., не существует и не существовало научно обоснованных, объективных медицинских данных относительно судебно-медицинского анализа травмы шеи при подобных (аналогичных) обстоятельствах, выдвигаемых обвинением ?

Обвиняемым вменяют факт совершения противоправных физических воздействий при удержании Н. и в ходе нанесения ударов, которые заключались в воспроизводстве чрезмерного перегибания головы потерпевшего спереди назад и слева направо. В результате чего, очевидно, как считает государственный обвинитель, именно от «перегибания головы спереди назад и слева направо» Н. ..., были причинены телесные повреждения, повлекшие тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни и сами по себе привели к смерти. При этом данные воздействия, осуществлённые путём «перегибания головы спереди назад и слева направо», именно связывают с причинением повреждений шейного отдела позвоночника с повреждением ткани спинного мозга в шейном отделе у Н. ..., что и привело непосредственно потерпевшего к смерти в помещении Бугурусланского ГРОВД 19.12.2005 г.

15. Если такие медико-экспертные данные существуют, то как следует, с судебно-медицинской точки зрения, вообще интерпретировать обстоятельства причинения повреждения шеи потерпевшему, вменяемые обвиняемым ?

16. Если такие медико-экспертные критерии существуют, то доказан или не доказан

медико-экспертным путём факт наступления тяжких последствий, прямой причиной которых явились установленные при повторном исследовании трупа Н. ... повреждения шеи ?

17. В выводах комиссионной экспертизы эксперты указывают на « ... *Наличие выраженных травматических изменений спинного мозга на уровне шейного отдела ... которая исключала возможность выполнения потерпевшим каких-либо активных действий до наступления смерти...* ».

Что, в данном случае, следует иметь ввиду, под экспертной формулировкой « ... *Наличие выраженных травматических изменений спинного мозга на уровне шейного отдела ...* » ?

18. Что в данном случае следует иметь ввиду под фразой в выводах экспертов «... *активные действия* ...»? Например, только удержание своего тела в положении «сидя» в течение времени, исчисляемом несколькими десятками минут, следует отнести к активным действиям?

19. В комиссионной экспертизе эксперты указывают: «*Травмы шеи, подобные имевшей место у Н. ... не совместимы с жизнью, обычно заканчиваются летальным исходом, даже при своевременном оказании квалифицированной медицинской помощи*».

Какие повреждения, с точки зрения судебной медицины, принципиально следует считать несовместимыми с жизнью?

Наблюдается ли казуистика сохранения жизни у потерпевшего при причинении последнему несовместимых с жизнью повреждений?

20. Подпадают ли формулировки, обозначающие повреждения шеи и шейного отдела позвоночника, обнаруженные при повторном исследовании трупа Н. ..., в номенклатуру повреждений опасных для жизни, согласно существующим ныне положениям по судебно-медицинской экспертизе тяжести вреда здоровью?

21. Какими нормативными положениями должны были руководствоваться судебно-медицинские эксперты, определяя степень тяжести повреждений шеи, обнаруженных при повторном исследовании трупа Н. ... ?

22. В п. «2)» ч.1 ст. 196 УПК РФ указано, что обязательное назначение судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить: «... 2) *характер и степень вреда, причиненного здоровью*».

В этой связи, просим разъяснить, что следует иметь в виду, с судебно-медицинской точки зрения, относительно установления характера вреда здоровью при производстве судебно-медицинской экспертизы, например, при тех или иных обстоятельствах причинения телесных повреждений?

Для производства заключения адвокатом представлены следующие материалы:

- настоящее обращение адвоката;
- ксерокопия АКТА № 514 с направлением ст. следователя Бугурусланской межрайонной прокуратуры Петрова В.М от 19.12.2005 г. ;

- ксерокопия АКТА № 1942 с направлением ст. следователя Бугурусланской межрайонной прокуратуры Петрова В.М от 22.12.2005 г. ;
- ксерокопия Заключения № 1942 с постановлением ст. следователя Бугурусланской межрайонной прокуратуры Петрова В.М от 26.12.2005 г.;
- ксерокопия ЭКСПЕРТИЗЫ с постановлением ст. следователя Бугурусланской межрайонной прокуратуры Петрова В.М от 22.02.2006 г.;
- ксерокопия протокола «допроса эксперта» на имя врача судебно-медицинского эксперта зав. СМЭ филиала в г. Бугуруслане, Л. ...;
- ксерокопия карты вызова скорой мед. помощи № 272 от 19.12.2005 г.;
- ксерокопия протокола осмотра места происшествия от 19.12.2005 г. (начат в 22. час. 00 мин., окончен в 22 час. 40 мин.);
- ксерокопия протокола допроса свидетеля Д. от 11.01.2005 г.;
- ксерокопия протокола допроса свидетеля М. ... от 29 декабря 2005 г.;
- ксерокопия протокола допроса Г. ... от 31 января 2005 г.;
- ксерокопия протокола допроса Б. ... от 28 апреля 2006 г.

Представленные материалы изучены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании представленных материалов, согласно поставленным вопросам, прихожу к следующему заключению:

1. ВОПРОС: «В каком структурном подразделении, в Бугурусланском филиале ГУЗ Бюро СМЭ или в ГУЗ Бюро СМЭ Минздрава Оренбургской области были выполнены лабораторные исследования по гистологии и по судебно-химическому исследованию крови и мочи, взятых от трупа Н. ...?».

ОТВЕТ: В представленных Вами материалах не представлена надлежащая информация, указывающая на то, где, в каком структурном подразделении (в Бугурусланском филиале ГУЗ Бюро СМЭ или в ГУЗ Бюро СМЭ Минздрава Оренбургской области) были выполнены упомянутые Вами лабораторные исследования.

2. ВОПРОС: «Должно ли это быть видно из актов исследований трупа Н. ... и проведённых в дальнейшем по данному поводу судебно-медицинских экспертиз?»

ОТВЕТ: Да, должно быть видно. Соответствующие акты судебно-химических исследований и акты судебно-гистологических исследований должны быть представлены в деле вместе с протокольными и аналитическими частями актов судебно-медицинских исследований трупа Н. ... и вместе с исследовательскими и аналитическими частями проведённых в дальнейшем судебно-медицинских экспертиз и должны быть их неотъемлемой частью.

Документы (акты) по проведённым лабораторным исследованиям должны отражать в себе надлежащее проведение судебно-химических экспертных исследований и судебно-гистологических экспертных исследований (согласно соответствующим положениям Разделов V и X ИНСТРУКЦИИ по организации и производству экспертных исследований в Бюро судебно-медицинской экспертизы, утвержденных Приказом Минздрава РФ от 24.04.2003 г. № 161).

В актах исследований трупа Н. ..., и в первичной экспертизе трупа Н. ... представлены только результирующие выписки по выполненному процессу лабораторных исследований.

В комиссионной судебно-медицинской экспертизе (на л. 12 экспертизы), представлена только общая описательная часть микроскопии готовых гистологических микропрепаратов без разделения их по датам, ранее проведённых дважды гистологических исследований.

Таким образом, из представленных Вами материалов не представляется возможным установить, в каких структурных подразделениях, двух судебно-медицинских учреждений (до производства комиссионной экспертизы), были проведены лабораторные исследования крови и мочи и микроскопия гистологических препаратов (что в Бугуруслане и что в Оренбурге, или все только в Оренбурге?).

3. ВОПРОС: «Чем можно объяснить, относительно существующих инструктивных положений по организации и производству экспертных исследований в Бюро СМЭ, что лабораторные исследования объектов, изъятых от трупа Н. ... при его первичном исследовании 20.12.2005 г. были произведены позже (т.е. 16.01.2006г.), чем аналогичные лабораторные исследования тех же по характеру

объектов, изъятых от трупа Н. ... при его повторном исследовании 26.12.2005 г. (когда лабораторные исследования были выполнены 28.12.2005 г. и 10.01.2006 г.)?».

ОТВЕТ: См. ответ на 2-ой вопрос.

Если все лабораторные исследования, как по первичному, так и по повторному исследованию трупа Н. ... производились только в соответствующих структурных подразделениях ГУЗ Бюро СМЭ Минздрава Оренбургской области (при том, что например, в Бугурусланском филиале ГУЗ Бюро СМЭ, соответствующей лабораторной базы вообще нет), то указанную Вами хронологию выполнения лабораторных исследований (о чем свидетельствует представленная Вами судебно-медицинская документация), вообще трудно объяснить.

При этом, опираясь на соответствующие положения Разделов V и X ИНСТРУКЦИИ по организации и производству экспертных исследований в Бюро судебно-медицинской экспертизы, утвержденных Приказом Минздрава РФ от 24.04.2003 г. № 161 (в дальнейшем - «ИНСТРУКЦИЯ»), объяснить это вообще не представляется возможным.

В этой связи, в частности, в п. 10.2.1. Раздела X ИНСТРУКЦИИ указано, что судебно-химические экспертные исследования объектов должно быть начато в день их поступления, учитывая возможность летучести и разложения некоторых веществ.

4. ВОПРОС: «Представлен ли дифференциальный анализ гистологических данных, на л. 12–13 комиссионной ЭКСПЕРТИЗЫ относительно результатов гистологических исследований, полученных, как 10.01.2006 г. (акт № 9), так и относительно результатов гистологических исследований, полученных 16.01.2006 г. (акт № 96) ?»

ОТВЕТ: Нет, надлежащий дифференциальный сравнительный анализ гистологических данных в комиссионной экспертизе не представлен (значит, не проведён).

5. ВОПРОС: «Если лицом, назначившим постановлением судебно-медицинскую экспертизу трупа, указано, что в распоряжение эксперта представлен только труп, а в обстоятельствах дела, изложенных в постановлении, фигурируют данные о проведённых

уже ранее двух судебно-медицинских исследований этого же трупа, то что ещё должно было быть представлено в распоряжение эксперта следователем?»

ОТВЕТ: Естественно, что лицом, назначившим экспертизу, должны были быть представлены и протоколы ранее оформленных актов судебно-медицинских исследований трупа. Если же они действительно не были представлены (на момент вручения эксперту постановления), то пользуясь своими правами, эксперт должен был истребовать данные акты ходатайством, обращённым к следователю (см. п. «2») ч. 3 ст. 57 УПК РФ).

6. ВОПРОС: «С Вашей точки зрения, комиссия судебно-медицинская экспертиза, назначенная постановлением от 22 февраля 2005 г., является дополнительной или повторной?»

ОТВЕТ: Дополнительной, т.к. комиссии экспертов, следователем был поставлен ряд новых вопросов, по сравнению с теми, которые фигурировали ранее в экспертном задании, изложенном в постановлении (от 26 декабря 2005 г.), вынесенным к производству в первичной экспертизе трупа Н. (см. ч. 1 ст. 207 УПК РФ).

7. ВОПРОС: «На л. 12-13 комиссионной ЭКСПЕРТИЗЫ указано: *«Вопрос продолжительности жизни после травмы шеи с учетом гистологической картины консультирован с зав. судебно-гистологическим отделением Ивановой ...»*. При этом, как следует из титульного листа ЭКСПЕРТИЗЫ, зав. судебно-гистологическим отделением Иванова, не фигурирует в членах экспертной комиссии. Как Вы расцениваете данный факт, относительно процесса производства судебной экспертизы?»

ОТВЕТ: Это не процессуальный ход со стороны комиссии экспертов (см. п. «2») ч. 3, п. «2») ч. 4 ст. 57 УПК РФ.

Из представленных Вами данных следует понимать, что фактически зав. судебно-гистологическим отделением Иванова, без ведома лица, назначившего данную комиссионную экспертизу, была привлечена экспертной комиссией для изучения (анализа) гистологических данных, уже изученных экспертом, зав. патолого-анатомическим отделением ОКБ № 1 Тарасовым.

Фактически зав. судебно-гистологическим отделением Иванова участвовала в судебно-экспертном процессе, но какие-либо

выводы, исходящие лично от данного специалиста, в аналитической части комиссионной экспертизы отсутствуют.

Очевидно, что Иванова была инициативно вовлечена в рассматриваемый Вами судебно-экспертный процесс или самим председателем экспертной комиссии, или членом комиссии экспертом Л., или членом комиссии экспертом Д. .

Отсюда следует, что участие Ивановой, в рассматриваемом судебно-экспертном процессе, надлежащим образом не оформлено.

8. ВОПРОС: «Сравнивая данные по времени производства АКТА № 1942 (повторного исследования трупа Н. ...) и по времени производства Заключения № 1942 (первичной экспертизы его трупа), видно, что данные эти идентичны. Однако и там, и там указано, что как при производстве исследования, так и при производстве экспертизы присутствовали медрегистратор и санитар морга.

Могли ли одни и те же технические помощники (медрегистратор и санитар морга) присутствовать одновременно, как при производстве повторного исследования трупа, так и при производстве первичной экспертизы этого же трупа?»

ОТВЕТ: Нет, не могли, т.к. это не реально.

8.1. **Надлежащая практика судебно-медицинской экспертной деятельности**, в подобной ситуации (когда постановление о назначении экспертизы трупа выносится «вдогонку» уже выполненному, на основании соответствующего направления, судебно-медицинскому исследованию трупа), свидетельствует, что назначенная таким образом экспертиза, выполняется **по акту исследования трупа**, т.к. данный документ **однозначно уже готов**. Его протокол напечатан, объекты для лабораторных исследований от трупа взяты, «Медицинское свидетельство о смерти» экспертом оформлено.

Таким образом, данный документ уже существует в природе, а экспертиза (назначенная «вдогонку») не может «возникнуть» ни одновременно с производством акта судебно-медицинского исследования трупа, ни тем более, до того.

Иначе говоря, объектом экспертизы трупа для врача судебно-медицинского эксперта, (в таких организационных обстоятельствах), **является не труп**, как таковой (который естественно не «перевскрывается»), **а документ** – протокольная часть акта судебно-медицинского исследования трупа, т.е. **непосредственно информация**, изложенная графическим способом на бумаге.

Естественно, что при производстве экспертизы трупа, как в выше указанной ситуации, никакого присутствия медрегистратора и санитаря морга не требуется, а если последние при сём присутствуют, то это есть организационный абсурд. По сути дела, эксперт работает здесь с документами (с актом исследования трупа, с актами по выполнению дополнительных лабораторных исследований объектов, взятых от трупа, взятых ещё в ходе его судебно-медицинского исследования).

8.2. Вместе с тем, из содержания этих двух документов, которые Вы приводите во вступлении к вопросу 8-му, не видно когда были отправлены объекты в лабораторию, взятые от трупа Н. ... 26.12.2005 г. (кровь, моча на судебно-химическое исследование и кусочки органов и тканей на судебно-гистологическое исследование).

В этой связи можно предполагать (только предполагать), что, в частности, медрегистраторы (или санитары?), приготавливающие материал и оформляющие направления на данные виды дополнительных лабораторных исследований, могли оказывать надлежащую помощь эксперту. Или непосредственно при производстве им повторного судебно-медицинского исследования трупа Н. ... (когда эксперт действительно работал в секционной), или действительно при оформлении экспертом судебно-медицинской экспертизы трупа по акту повторного судебно-медицинского исследования трупа. Одновременно, данные технические помощники, быть сразу в двух процессах работы эксперта, не могли.

9. ВОПРОС: «Исходя из существующих инструктивных положений по организации и производству экспертных исследований в Бюро СМЭ, какие обязанности вменены среднему и младшему медицинскому персоналу, приданному в помощь врачу судебно-медицинскому эксперту, выполняющему исследование трупа?»

ОТВЕТ: По данному поводу п. 2.2.5. Раздела II ИНСТРУКЦИИ гласит: « ... *Взятие объектов для лабораторных исследований. Из трупа могут быть взяты какие-либо его части, внутренние органы и ткани, кровь, моча и т.п. для проведения последующих специальных судебно-медицинских исследований. Врач судебно-медицинский эксперт берет необходимый материал, а маркировку и упаковку его, выполнение препятствующих порче биологических объектов мероприятий и заполнение сопроводительной докумен-*

тации осуществляет средний и младший медицинский персонал под руководством врача судебно-медицинского эксперта.».

10. ВОПРОС: «Следствием установлен факт пребывания трупа Н. ..., в течение с 20.12. по 26.12.2005 г. в помещениях дома Н. ..., где в частности, до 22.12.2005 г. труп хранился именно в жилом, стало быть, в отапливаемом помещении. При этом смерть Н. ... была констатирована врачами скорой помощи уже на 21.00. 19.12.2005 г.. 26.12.2005 г. было произведено повторное судебно-медицинское исследование трупа Н.

Находился ли труп Н. ..., на момент производства первичного судебно-медицинского исследования (20.12.2005 г.) в состоянии гнилостных изменений? Находился ли труп Н. ..., на момент производства повторного судебно-медицинского исследования (26.12.2005 г.), в состоянии гнилостных изменений? Если находился, то можно ли высказаться о степени этих гнилостных изменений?»

ОТВЕТ:

10.1. На момент производства первичного судебно-медицинского исследования трупа Н. ... (20.12.2005 г.), как следует из содержания протоколов наружного и внутреннего исследования трупа, представленных в АКТЕ № 514 и из данных по результатам гистологического исследования (акт № 96 от 16.01.2006 г.), каких-либо объективных признаков гнилостных изменений в трупе Н. ... не было отмечено.

10.2. На момент повторного судебно-медицинского исследования трупа Н. ... (26.12.2005 г.), в трупе последнего, судя по содержанию протокольной части акта АКТА № 1942, экспертом были зафиксированы объективные признаки поздних изменений в трупе, которые **следует отнести к признакам процесса гниения.**

При этом экспертом было зафиксировано: «... *Кожные покровы ... на животе зеленоватого вида. ...Трупные пятна ... при давлении на них не изменяют своей окраски. Трупное окоченение не определяется ... часть головного мозга в виде красноватой кашицеобразной массы с обрывками мягкой мозговой оболочки ... Внутренняя оболочка аорты желтовато-бурая, пропитана кровью....».* Данные признаки следует отнести к явлениям процесса гниения в трупе.

10.3. В конце протокола внутреннего исследования, экспертом в АКТЕ № 1942, также отмечено: « ... *В проекции 2 шейного позвонка ткань спинного мозга бесструктурная ...*».

10.4. В результатах судебно-гистологического исследования (акт № 9 от 10.01.06 г.), которые приведены экспертом в данных дополнительных методов исследования к АКТУ № 1942, не обозначены микроскопические признаки гниения ткани спинного мозга.

Тогда как в описательной части микроскопии готовых гистологических препаратов (т.е. очевидно также фигурирующих по акту судебно-гистологического исследования № 9 от 10.01.06 г.), но на л. 12 комиссионной экспертизы, относительно состояния ткани спинного мозга указано: « ... *Спинной мозг. Общий фон препарата – достаточно выраженные аутолитические изменения тканей и структур ...*» (оценку гистологическим данным давал эксперт Д. ...).

Аутолиз, (аутолитические изменения) – трупное самопериваривание, раннее трупное изменение, при действии на ткани ферментов, которые продолжают образовываться и после наступления смерти. Это приводит к изменению тканной структуры органов (органы становятся тусклыми, пропитываются кровяной плазмой).

10.5. Гниение – сложный процесс, заключающийся в разложении белков и тканей органов под воздействием различных микроорганизмов. Например, мозг (головной, спинной), становится дряблым, приобретает грязно-зеленоватую окраску, расплывается при надавливании пальцем.

Литература: Курс судебной медицины /Под ред М.И. Авдеева. – М., 1959.- С.537-539; Судебная медицина: Учебник /Под ред. В.Н. Крюкова. – М., 1998.- С. 79-82; Судебная медицина: Учебник /Под ред. В.Л. Попова. – Санкт-Петербург, 2002.- С.391 - 392.).

10.6. Исходя из п.п. 10.2.- 10.3. настоящего заключения, следует, что труп Н. ..., на момент его повторного судебно-медицинского исследования (26.12.2005 г.), уже находился в состоянии выраженных (поздних) гнилостных изменений.

11. ВОПРОС: «При повторном исследовании трупа в области спинного мозга на уровне 2-ого шейных позвонков эксперт установил « ... *В проекции 2 шейного позвонка ткань спинного мозга бес-*

структурная ...». При оценке микроскопии ткани спинного мозга, в ходе производства комиссионной экспертизы, было установлено: *« ... Спинной мозг. Общий фон препарата – достаточно выраженные аутолитические изменения тканей и структур ...».*

Что такое *« ... аутолитические изменения в области спинного мозга ...»* и как данный факт может влиять на экспертную оценку состояния ткани спинного мозга?

ОТВЕТ: См. п.п. 10.3.- 10.5. настоящего заключения.

Аутолитические изменения в структуре ткани спинного мозга – есть объективные признаки процесса гниения в данном биологическом объекте, причем относящиеся к поздним изменениям в трупе.

В этой связи возникают (и очевидно возникали), большие сложности в судебно-медицинской оценке по данному объекту, связанные с разрешением вопросов о распознавании прижизненных и (или) посмертных повреждений (изменений) в ткани спинного мозга.

Не исключено, что именно эти объективные трудности в этой части судебно-медицинской диагностики, стали причиной вне процессуального обращения эксперта Д. ... к специалисту Ивановой (см. выше ответ на 7-й вопрос настоящего заключения).

12. ВОПРОС: «Если кровь была взята от одного и того же трупа (т.е. от трупа Н. ..., как при первичном, так и при повторном судебно-медицинских исследованиях), то почему результаты данного исследования получились столь разными (в крови трупа Н. ... обнаружен этиловый спирт в концентрации – 3,6‰ по первичному исследованию трупа. Концентрация алкоголя крови – 4,5 ‰ по повторному исследованию трупа) ?»

ОТВЕТ:

12.1. Вероятнее всего это связано с нарушением забора крови из трупа, что могло быть как при его первичном, так и (или) при повторном судебно-медицинском исследовании.

Пункт 2.3.2.2.1. Раздела II «Экспертное исследование трупа» ИНСТРУКЦИИ гласит: *«При подозрении на отравление этанолом (этиловым алкоголем – С.Н. Куликов), берут от трупа) – кровь, мочу в количестве в количестве 10-20 мл (в посуду, заполненную под пробку); кровь берут пипеткой или шприцем из крупных вен конеч-*

ностей или синусов твердой мозговой оболочки. При невозможности отправить кровь, мочу – берут мышечную ткань около 100 г».

12.2. Указанные инструктивные установки связаны с тем, что всегда существует та или иная степень вероятности новообразования алкоголя в трупе, особенно в котором начались процессы гниения, при этом концентрация новообразованного алкоголя в трупе происходит неравномерно в различных частях тела.

В этой связи данные специальной литературы указывают на то, что, например, в крови из бедренной вены трупа концентрация новообразованного алкоголя может достигать 0,15 %, в крови из полости сердца – 2,49 %, в сосудах грудной полости – 2,63 %.

Таким образом, при направлении на химический анализ крови, взятой из грудной полости и излившейся туда в процессе вскрытия трупа, создаётся опасность получения завышенных результатов количественного определения этилового спирта.

Но чрезвычайно важен для производства судебно-медицинской экспертизы алкогольной интоксикации на трупе, научно установленный факт того, что никакого новообразования алкоголя не происходит в моче трупов. Следовательно, если при вскрытии трупа, находящегося в процессе гнилостного разложения в моче определяется алкоголь, значит, он был принят перед смертью.

Литература: Новиков П.И. Экспертиза алкогольной интоксикации на трупе. – М., 1967. – С. 78; Судебная медицина: Учебник /Под ред. В.Н. Крюкова. – М., 1998.- С. 321-332; Судебная медицина: Учебник для юридических вузов /Под ред. В.Н. Крюкова. – М., 2005.- С.225 –228; Судебная медицина: Учебник / Под ред. С.Ф. Шадрина, С.И. Гирько, В.Н. Николаева, С.В. Николаева и др.- М., 2005. – С. 438-439.

12.3. Отсюда следует, что концентрация алкоголя в моче трупа Н. ..., равная 6,5 %, установленная после забора мочи из трупа, произведённого в ходе его повторного судебно-медицинского исследования, является прямым следствием приёма алкоголя данным субъектом, незадолго до момента наступления смерти

Появление же разницы в установленных концентрациях алкоголя в крови трупа, о которой Вы ведёте речь в вопросе 12-м, равную 0,9 %, возможно вероятнее всего отнести к погрешностям забора крови или при первичном или при **повторном исследовании трупа.**

В частности, при повторном исследовании трупа, в связи с вполне понятным запустеванием кровеносного сосудистого рус-

ла, эксперт мог взять кровь из количества оставшейся крови из полости туловища трупа. При этом, очевидно, что кровь эта, так или иначе частично контактировала с желудочным содержимым, содержащим большую концентрацию алкоголя, что и повысило содержание алкоголя в изъятой от трупа крови.

13. ВОПРОС: «В заключении к повторному исследованию трупа и в выводах к первичной экспертизе трупа Н. ..., указано, что невозможно объективно оценить данные химического исследования крови и мочи. Однако указано, что незадолго до наступления смерти потерпевший употреблял алкоголь и находился в состоянии алкогольного опьянения, степень которого определить не представляется возможным.

Вопрос относительно экспертной оценки результатов судебно-химического исследования крови и мочи, взятых от трупа Н. ..., комиссии экспертов не ставился вообще.

Возможно ли в какой-либо форме, тем не менее, дать судебно-медицинскую оценку по факту полученных результатов судебно-химического исследования крови и мочи, взятых от трупа Н. ...?

Существуют для этого какие-либо расчеты определения количества принятого алкоголя, степени алкогольного опьянения и т.д.?»

ОТВЕТ:

13.1. Совершенно верно то, что в процессе проведения судебно-медицинской экспертизы алкогольной интоксикации на трупе существуют методики расчетов определения количества принятого алкоголя субъектом незадолго до смерти, пренебрегать которой не следует. Существует и методика «обратных» расчётов (расчет количества принятого субъектом алкоголя в заданный период времени, т.е. в период времени или причинения повреждения или совершения преступления и т.д.), при известной концентрации алкоголя в крови трупа, установленной в момент смерти.

Просчитав объективно вероятное количество принятого алкоголя, судебно-медицинскому эксперту не возбраняется дать оценку обнаруженной концентрации этилового спирта в крови трупа, относительно той или иной степени алкогольного опьянения у живых лиц.

Однако, эксперт, по исследованию трупа, чаще всего не располагает сведениями о клинической реакции алкогольного опьянения у субъекта при жизни. В этой связи номинально проецировать вывод о степени алкогольного опьянения, его функционального

влияния на организм в конкретном случае исследования (экспертизы) трупа, следует очень осторожно.

Литература: Новиков П.И. Экспертиза алкогольной интоксикации на трупе. – М., 1967. – С.С. 68-101; 108- 115; Судебная медицина: Учебник /Под ред. В.Н. Крюкова. – М., 1998.- С. 313-325.

13.2. Применительно к обстоятельствам данного дела, возможно рассчитать, например, концентрацию алкоголя в крови у Н. ... на момент времени, соответствующий началу обстоятельств «взаимодействия» Н. и В. ... по формуле:

$$C_t = C_{th} + B \times T,$$

где: C_t - искомая концентрация алкоголя в крови у Н. ... на заданное время (около 14.00 19.12.2005 г.);

C_{th} - концентрация алкоголя на момент смерти (установленная при повторном исследовании трупа Н. ... от 26.12.2005 г., равная 4,5 ‰;

B - величина снижения концентрации этанола (алкоголя) в крови за 1 час, равна 0,15 в среднем;

T - период времени от начала обстоятельств «взаимодействия» Н. ... и В. ..., до момента смерти Н. ..., что равно около 7,5 часам. Судя по карте вызова скорой мед. помощи и данным осмотра трупа из протокола осмотра места происшествия, смерть Н. ... могла наступить в диапазоне от 21.30. (max) до 20.- 20.30. (min) 19.12.2005 г. .

Отсюда $C_t = 4,5 + 0,15 \times 7,5 = 5,6 \text{ ‰}$. Такова была концентрация алкоголя в крови у Н. ..., на 14.00. 19.12.2005 г. .

Если за основу возьмём данные по концентрации алкоголя, установленные по первичному судебно-медицинскому исследованию трупа, проведённому 20.12.2005 г. , (3,6 ‰), то получим C_t , равное 4,7 ‰.

И концентрация 5,6 ‰ и концентрация 4,7 ‰ в крови обычно у живых лиц соответствует тяжелому (даже острому) отравлению алкоголем, всегда опасному для жизни, от которой обычно наступает смерть.

Как мог себя чувствовать Н. ... при этом около 14.00. 19.12.2005 г. , т.е. какую функциональную оценку его самочувствия (поведения) можно дать, учитывая полученные данные?

Совершенно **нельзя исключить**, что Н. ..., на момент начала «взаимодействия» с .В. ..., в установленное следствием время, находился **в значительной эмоциональной неустойчивости, иногда опасной для окружающих, у него могли проявляться неясность речи, шатающаяся походка, нарушение психики, ориентировки, иногда резкая сонливость** (см. с. 95 п. 5 таблицы по функциональной оценке степени алкогольного опьянения в монографии П.И. Новикова «*Экспертиза алкогольной интоксикации на трупе*»).

13.3. Практика и теория судебно-медицинской экспертизы алкогольной интоксикации на трупе свидетельствует, что смерть от острого алкогольного отравления может наступать на любом этапе (т.е. в любой **стадии**) алкогольной интоксикации – в период **всасывания** (резорбции), в момент **максимального содержания алкоголя в крови** и в период его **выделения** (элиминации).

Какова же была стадия алкогольной интоксикации у Н. ... в момент наступления смерти?

Принимая во внимание соотношение концентрация алкоголя в крови и моче, обнаруженных по факту проведения повторного судебно-медицинского исследования трупа (концентрация алкоголя в моче значительно превышает таковую в крови: 4,5% в крови и 6,5 % в моче), следует считать, что смерть Н. ... наступила на стадии выведения (элиминации) алкоголя из организма.

Это суждение тем более верно, если мы будем считать, что концентрация алкоголя в крови у Н. ..., в момент наступления смерти была в действительности не 4,5% , а 3,6 % (см. выше ответ на 12-й вопрос).

13.4. Практика и теория судебно-медицинской экспертизы алкогольной интоксикации, вызвавшей смерть, свидетельствует, что от момента приёма алкоголя до момента смерти может пройти сравнительно большой период времени, исчисляемый 10-20 часами, т.е. может наступать на конечных этапах стадии выведения алкоголя из организма (см. выше указанные литературные источники).

13.5. **Возможно ли рассчитать объективно с большой долей достоверности, сколько мог принять Н. алкоголя около 14.00. 19.12.2005 г., если на данное время в крови у него была концентрация алкоголя, установленная выше проведёнными расчетами?**

Думаю, это будет не безынтересно для следствия, т.к. Вы в

своём обращении указываете на следующие данные: «... из данных протокола допроса Г. (л.д. 118-119, т. 1 у.д.) следует, что Г. ..., вместе с Н. и подошедшим Ч...., незадолго до указанного выше времени (14 час. 30 мин. 19.12.05 г.), в период около 13-14.00. час. 19 декабря 2005 г., распили на троих 0,2 литра питьевого спирта. Как показывает Г. ..., он пил чистый спирт, а Ч,... и Н. ... разбавили спирт водой, и получилось примерно, как по стакану водки. После чего, как показывает Г. ..., он сильно опьянел и ничего после этого не помнит. Проснулся он дома около 19.00. этого же дня ... ».

Обоснованно считать, что время, соответствующее около 14.00. 19.12.2005 г, соответствовало стадии резорбции (всасывания) алкоголя у Н. Для решения поставленной задачи применяем формулу Видмарка:

$$A = P \times r \times C_t + A_{ж},$$

- где: **A** - количество принятого алкоголя в гр 100%-ого (96 о);
P - вес тела (труппа) Н....., судя по описанию конституции тела из данных судебно-медицинских исследований труппа, примем равным около 70 кг;
r - фактор редукции алкоголя, для субъектов удовлетворительного питания, примем равным 0,7;
A_ж - количество алкоголя в желудке, не успевшего всосаться в кровь, выражается в граммах алкоголя и равно произведению количества желудочного содержания (400 мл или будем считать около 400 гр) на концентрацию в нем этилового спирта (возьмем ориентировочно усреднённое значение – 80 ‰), поделённому на 1000. По данным расчетам, принимаем минимум количества алкоголя в содержимом желудка – 32 гр;
C_t - концентрация алкоголя в крови у Н. ... на заданное время (около 14.00 19.12.2005 г.), равная 5,6 ‰.

Отсюда **A = 70 x 0,7 x 5,6 + 32 = 306,4** гр 100% ого этилового спирта. При этом дефицит безвозвратный не превышает обычно 5 %, от всего количества принятого алкоголя, что составляет **15,3** гр 100% этилового спирта. Сумма полученных значений (**306,4 + 15,3**), составит **321,7 гр**. Это количество алкоголя (100%- ого), принятого покойным в период времени около 14.00.19.12.2005 г. . В пересчете на 40 % водку, это будет: **321,4 x 3,02 = 970,6 мл водки**.

Если считать, C_2 равно **4,7 %о.** (см. выше п. 13.2. настоящего заключения), и соответственно меньшую концентрацию алкоголя в содержимом желудка (60%), то А (количество принятого алкоголя), будет равно **$70 \times 0,7 \times 4,7 + 24 = 254,3$** гр., где безвозвратный дефицит алкоголя составит **12,7** гр.. Сумма полученных значений составляет: **$254,3 + 12,7 = 267$** гр. . В пересчете на 40° водку, это будет: **$267 \times 3,02 = 806,3$ мл водки** .

13.6. Таким образом, **нельзя исключить**, что в период времени соответствующий около 14.00. 19.12.2005 г., Н. ... мог принять около 800 мл 40° водки.

14. ВОПРОС: «Комиссия экспертов в выводах к ЭКСПЕРТИЗЕ указывают, что детально проанализировать механизм образования травмы шеи в соответствии с предложенными обстоятельствами, указанными в вопросах постановления, *« ... не представляется возможным в связи с отсутствием для этого научно обоснованных, объективных медицинских данных»*.

Действительно ли на данное время и на время производства, как судебно-медицинских исследований трупа Н. ..., так и на время производства первичной и комиссионной экспертиз по рассматриваемому факту смерти Н., не существует и не существовало научно обоснованных, объективных **медицинских данных относительно** судебно-медицинского анализа травмы шеи при подобных (аналогичных) обстоятельствах, выдвигаемых обвинением ?

Обвиняемым вменяют факт совершения противоправных физических воздействий при удержании Н. и в ходе нанесения ударов, которые заключались в воспроизводстве чрезмерного перегибания головы потерпевшего спереди назад и слева направо. В результате чего, очевидно, как считает государственный обвинитель, именно от «перегибания головы спереди назад и слева направо» Н., были причинены телесные повреждения, повлекшие тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни и сами по себе привели к смерти. При этом данные воздействия, осуществлённые путём «перегибания головы спереди назад и слева направо», именно связывают с причинением повреждений шейного отдела позвоночника с повреждением ткани спинного мозга в шейном отделе у Н., что и привело непосредственно потерпевшего к смерти в помещении Бугурусланского ГРОВД 19.12.2005 г. .».

ОТВЕТ:

14.1. По вопросу судебно-медицинского анализа травмы шеи при подобных (аналогичных) обстоятельствах, выдвигаемых обви-

186

нением в рассматриваемом Вами уголовном деле, под нашим научным руководством, сотрудником нашего Самарского ГМУ, И.А. Шмелёвым успешно защищена 22 октября 2003 года, на заседании специализированного Ученого Совета РГМУ (г. Москва), кандидатская диссертация по теме: **«Судебно-медицинская оценка повреждений шейного отдела позвоночника»** (научные руководители – доцент С.Н. Куликов, профессор В.В. Сергеев).

Представляем список печатных работ по теме диссертации:

1. *Куликов С.Н., Шмелёв И.А.* Аспекты моделирования экспериментальных повреждений в научном изучении и экспертизе механо- и морфогенеза тупой травмы опорно-двигательного аппарата. История, Перспективы // Вопросы судебной медицины и права. Сбор. Науч. Трудов СамГМУ. – Самара. – 2000. – С. 103-109.

2. *Куликов С.Н., Шмелёв И.А.* Правовые и морально-этические особенности осуществления экспериментальных исследований в судебно-медицинской травматологии // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации. Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. – М. – Астрахань. – 2000. – С. 48-49.

3. *Куликов С.Н., Шмелёв И.А.* К вопросу дифференциальной судебно-медицинской диагностики шейного болевого синдрома // Суд. мед. эксперт.- 2002, № 2 – С. 45-47.

4. *Куликов С.Н., Шмелёв И.А., Куликов М.А.* Судебно-медицинская диагностика особенностей механизма возможных «хлыстовых» повреждений шейного отдела позвоночника у живых лиц при отдельных обстоятельствах транспортной травмы // Вопросы судебной медицины и права. Сбор. Науч. Трудов Сам ГМУ. – Самара. – 2000, -С. 62-66.

5. *Шмелёв И.А.* К судебно-медицинской диагностике механизма вывихов атланта // Вопросы судебной медицины и права. – Самара, 2000. – С. 99-102.

6. *Шмелёв И.А.* Правовое регулирование экспериментальных исследований в судебно-медицинской травматологии // Вопросы судебной медицины и права. Сбор. Науч. Трудов СамГМУ. – Самара, 2001. – С. 297-302.

7. *Шмелёв И.А.* К вопросу судебно-медицинской оценки механики и морфологии повреждений при отдельных условиях ротационных нагрузок // Вопросы судебной медицины и права. Сбор. науч. трудов СамГМУ. – Самара. – 2001. - С. 291-297.

Целью исследования указанной диссертационной работы явилось: установление особенностей повреждений шейного отдела позвоночника, которые могут встречаться при проведении специальных приёмов борьбы, разработка на их основе диагностических морфологических критериев, позволяющих осуществлять детальную судебно-медицинскую оценку механизма данных повреждений.

14.2. Один из экземпляров тома диссертации: **«Судебно-медицинская оценка повреждений шейного отдела позвоночника»**, с адресной, на моё имя, подписью автора (И.А. Шмелёва), имеется в моей личной библиотеке.

При подготовке данной научной работы к защите, нами проработано 236 специальных литературных источника, относящихся к теме (из них 195 отечественных и 41 зарубежных).

Автореферат диссертации, накануне защиты, был надлежащим образом разослан по регионам РФ. Таким образом, соответствующие специалисты субъектов РФ, при желании, начиная с октября 2003 года, могли и могут ознакомиться с содержанием данного научной работы.

15. ВОПРОС: «Если такие медико-экспертные данные существуют, то как следует, с судебно-медицинской точки зрения, вообще интерпретировать обстоятельства причинения повреждения шеи потерпевшему, вменяемые обвиняемым?»

ОТВЕТ: Опираясь на полученные специальные знания, исходящие из результатов указанной выше диссертационной работы и судя по формулировке, относящейся к констатации способа причинения повреждения шеи у Н. ..., следует считать:

- 1- утверждаемый обвинением способ причинения опасного для жизни вреда здоро-



Рис. 11. Проведение приема рукопашного боя – «скручивание шейных позвонков» в тренировочной схватке.

- вью потерпевшему, с судебно-медицинской точки зрения, «подпадает» или под применение против Н. специально-го приёма борьбы «скручивание шейных позвонков» (см. выше иллюстрацию из диссертационной работы, рис. 11);
- 2- или «подпадает» под оказание грубого физического воздействия путём спец. приёма «зажим поворотом тыльной стороны шеи с перегибанием головы назад» (см. ниже иллюстрацию из диссертационной работы, рис.16).
- 3- или при комбинации указанных выше физических воздействий.



Рис.16. Позиция приёма «зажим поворотом тыльной стороны шеи с перегибанием головы назад» в тренировочной схватке.

16. ВОПРОС: «Если такие медико-экспертные критерии существуют, то доказан или не доказан медико-экспертным путём факт наступления тяжких последствий, прямой причиной которых явились установленные при повторном исследовании трупа Н. ..., повреждения шеи?».

ОТВЕТ:

16.1. На время проведения комиссионной экспертизы, представленной в рассматриваемом Вами деле, и до того (т.е. начиная с октября 2003 г.) и, естественно, в настоящее время, в судебно-медицинской травматологии существовали и существуют медико-экспертные морфологические критерии, позволяющие по повреждениям-маркёрам опорно-двигательного комплекса шейного отдела позвоночника (обнаруживаемых при исследовании трупа), объективно диагностировать варианты механики образования закрытой травмы шеи.

16.2. При этом указанные выше повреждения-маркёры, могут быть максимально выявлены при условиях танатологической

практики (при судебно-медицинском исследовании трупа) только в том случае, если судебно-медицинский эксперт выполнит следующий алгоритм (последовательность) действий:

- 1- при обнаружении даже незначительно выраженных кровоизлияний или **на уровне среза ствола головного мозга в большом затылочном отверстии** и (или) **на протяжении передней продольной связки шейного отдела позвоночника**, надо иметь в виду, что это может быть **«сигналом»** тяжелой спинальной травмы, что сопровождается повреждениями опорно-двигательного комплекса шейного отдела позвоночника, влекущими закрытые повреждения спинного мозга в шейном отделе;
- 2- в этой связи судебно-медицинский эксперт особо тщательно должен визуализировать как мышечный футляр шейного отдела позвоночника, так и костно-связочные элементы его и состояние шейного отдела спинного мозга. Для выполнения поставленной задачи, при внутреннем исследовании трупа, эксперт должен выделить шейный отдел позвоночника, не нарушая верхний и нижний затылочные суставы и фиксировать выделенный фрагмент в слабом растворе формальдегида (2-3 %) в течение суток. Таким образом, готовится **макропрепарат шейного отдела позвоночника**;
- 3- в дальнейшем: по всему протяжению макропрепарата шейного отдела производят исследование: а) методом поверхностной препаровки – поверхностных и глубоких мышц, над- и межкостистых связок, передней продольной связки; б) методом срединного сагиттального распила макропрепарата, или методом последовательного удаления задних костных элементов шейных позвонков, для детального изучения спинного мозга и взятия его фрагментов. После должен быть изготовлен костный макропрепарат шейного отдела позвоночника (см. ниже иллюстрацию из диссертационной работы, рис. 10);
- 4- при обнаружении повреждений анатомических элементов опорно-двигательных сегментов шейной части поз-

воночника, повреждений в прилежащих к ним мягкотканых покровах, повреждений спинного мозга, каждый выявленный морфологический признак-повреждение, нумеруется согласно их общему перечню, установленному по результатам проведённой научной работы (53 признака см. ниже в таблице 20);

- 5- установленные признаки-повреждения классифицируют как специфические, характерные и «сопутствующие». Выявленную группировку признаков сравнивают с данными таблиц вариантов типичных ситуационных условий травматизации шейного отдела позвоночника путём подстановки;
- 6- составление экспертных выводов, с учетом имеющихся данных, установленных следственным путём (если таковые имеются).

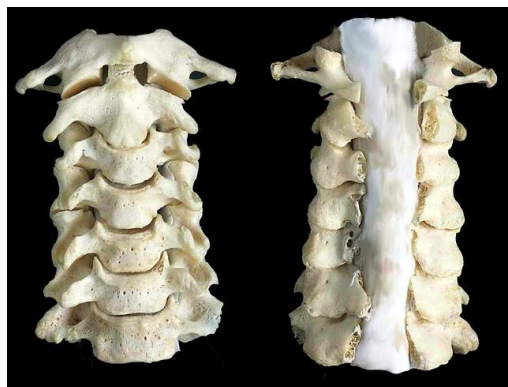


Рис. 10. Общий вид костного макропрепарата шейного отдела позвоночника на гибком стержне.

Таблица 20

Перечень морфологических признаков, к таблицам дифференциальной диагностики повреждений шейного отдела позвоночника при некоторых типичных условиях его травматизации с различными механизмами силовой нагрузки тупыми предметами

№	Полное название признака
1.	ротационный вывих атланта в атлanto-аксиальном суставе + (спец.)
2.	Ротационный подвывих в атлantoаксиальном суставе
3.	растяжение задней атлanto-затылочной мембраны
4.	разрывы желтых связок между задними дугами атланта и аксиса
5.	растяжение желтых связок между задними дугами атланта и аксиса
6.	растяжение синовиальных сумок наружных атлanto-аксиальных суставов
7.	разрывы синовиальных сумок наружных атлanto-аксиальных суставов +
8.	Одностороннее растяжение крыловидной связки зубовидного отростка аксиса
9.	односторонний разрыв крыловидной связки зубовидного отростка аксиса +
10.	растяжение капсулы сустава Крювилье
11.	разрыв капсулы сустава Крювилье
12.	растяжение нижней косой головной мышцы
13.	разрыв нижней косой головной мышцы
14.	растяжение прямой задней большой мышцы головы
15.	разрыв прямой задней большой мышцы головы
16.	разрыв межпозвонкового диска между позвонками на уровне С4-С6 +
17.	подвывихи между С4-С5, С5-С6
18.	«эластическая» фиксация головы трупа вправо или влево (в зависимости от направления действовавшей «непрямой» ротационной нагрузки)
19.	грубое повреждение ствола спинного мозга на уровне С1-С2 (раздавливание) +

№	Полное название признака
20.	полное нарушение целостности связочного аппарата атланта-затылочного сустава (разрывы передней и задней атланта-затылочных мембран)
21.	Вращательное зафиксированное смещение сочленовных поверхностей суставных мыщелков затылочной кости и атланта (вывих в атланта- окципитальном суставе)
22.	Морфологические проявления черепно-мозговой травмы (закрытой, открытой, проникающей от воздействия тупого предмета)
23.	перелом ключицы
24.	перелом грудины (рукоятки, тела).
25.	«прямые» переломы верхних ребер (1-2-го).
26.	Повреждения мягких тканей, кожных покровов односторонней локализации в области лица (в проекции подбородка, горизонтальной ветви нижней челюсти, в виде кровоподтеков или ссадин или поверхностных ушибленных ран) +
27.	полный разрыв атланта-окципитального сочленения, с анатомическим перерывом спинного мозга на этом уровне
28.	неполный транслигаментозно-перидентальный вывих (подвывих) атланта кпереди в нижнем затылочном суставе с растяжением (надрывами) поперечной связки зубовидного отростка аксиса
29.	перелом зубовидного отростка аксиса
30.	Растяжение (надрывы) глубоких мышц разгибателей (косых и прямых головных мышц)
31.	смятие и частичный отрыв костной ткани ниже-переднего отдела вышележащего позвонка в поврежденном двигательном сегменте на уровне С5-С6 или С6-С7 с разрывом передней полуокружности фиброзного кольца межпозвонкового диска между ними, с отслойкой передней продольной связки
32.	перелома-вывих в ниже-шейном отделе позвоночника (С5-С7) с признаками растяжения (надрыва) межкостистых, желтых связок и задней продольной связки на уровне С5-С7
33.	передний двусторонний «опрокидывающийся» вывих шейных позвонков С4 или С5 (возможно С6).
34.	передний двусторонний «скользящий» вывих шейных позвонков С4 или С5, (возможно С6)
35.	разрыв передней продольной связки на уровне С5 - С6

№	Полное название признака
36.	перелом корней дуг сочленовных С5-С6 или С6-С7
37.	Разрыв передней полуокружности диска между С5-С6, (С6-С7)
38.	Повреждение спинного мозга шейного отдела на уровне повреждения опорно-двигательного сегмента шейного отдела позвоночника
39.	повреждение мягких тканей лица в виде кровоподтёка (ссадины), в центральной части подбородочной области.
40.	повреждение мягких тканей передней поверхности грудной клетки (кровоподтёк, ссадина).
41.	повреждение мягких тканей задней поверхности грудной клетки в верхней трети (кровоподтёк, ссадина).
42.	декапитация на уровне верхнего или нижнего затылочного сустава
43.	переломо-вывих атланта со значительным смещением его кпереди в нижнем затылочном суставе
44.	обширное «толстое» кровоизлияние в подкожно-жировом слое и в глубоких мышцах шеи, (в проекции её задней поверхности)
45.	локальное «толстое» кровоизлияние, как в подкожно- жировом слое, так и в глубоких мышцах шеи, (в проекции её задней поверхности)
46.	локальное «тонкое» кровоизлияние только в пределах подкожно-жирового слоя (в проекции задней поверхности шеи).
47.	Скальпированная рана шейно-затылочной области.
48.	значительно выраженные подбололочные, кровоизлияния спинного мозга шейного отдела, в проекции «прямого» ударного воздействия тупого предмета, располагающиеся соответственно кровоизлияниям в глубоких мышца шеи, на всём их протяжении.
49.	незначительно (локально) выраженные подбололочные кровоизлияния спинного мозга шейного отдела, в проекции «прямого» ударного воздействия тупого предмета, располагающиеся соответственно центральному участку кровоизлияний в глубоких мышцах шеи.
50.	разрыв над- и межостистой связок на уровне верхних шейных позвонков.
51.	переломы остистых отростков верхних или средних шейных позвонков, находящихся в «зоне» действия повреждающей соразмерной поверхности тупого предмета.
52.	переломы дуг средних шейных позвонков, находящихся в «зоне» действия повреждающей соразмерной поверхности тупого предмета.

№	Полное название признака
53.	разрыв межпозвоночного диска между С5-С6, обращенный в сторону выпуклой стороны шейного лордоза с растяжением и отслойкой передней продольной связки на этом уровне.

Две возможные морфологические совокупности определённых повреждений, диагностирующих биомеханику их возникновения от форсированных воздействий специальными приёмами борьбы (1-«скручивание шейных позвонков», см. выше рис 11; 2- «захват сгибанием тыльной стороны шеи», см. выше рис.16), создающими разрушающие нагрузки в шейном отделе позвоночника, описаны впервые. Их составляют следующие признаки-повреждения: 1- для воздействия приёмом «скручивание шейных позвонков» - признаки 1, 3, 4, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 2 - для воздействия приёмом «захват сгибанием тыльной стороны шеи» - признаки 28, 29, 30, 31, 32, 38. Содержание каждого признака, согласно порядковому номеру приведены в Таблице 20 (формулировки указанных морфологических признаков в таблице выделены жирным шрифтом).

16.3. Следует иметь в виду, что указанные приёмы борьбы (особенно приём «скручивание шейных позвонков»), в тактике рукопашного боя для спец. войск, служит одним из методов физической ликвидации противника, т.к. всегда, при проведении приёма на поражение, быстро приводит к смерти атакуемого, от тяжелой спинальной травмы (раздавливания спинного мозга) на уровне первого и второго шейных позвонков от их взаимного смещения при вывихе данных позвонков.

16.4. Процесс методологии судебно-медицинской оценки повреждения шейного отдела позвоночника, например, воспроизведённой от применения выше указанного приёма, осуществляют путём применения следующей диагностической таблицы (нумерация признаков-повреждений согласно Таблице 20):

Специфические признаки повреждения	Максимальные группировки характерных и сопутствующих признаков-повреждений	Минимальные группировки характерных и сопутствующих признаков повреждений.	Возможные варианты группировок характерных и сопутствующих признаков повреждений			
			I	II	III	IV
1	3, 4, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 26	7, 9, 16, 19, 26	4 7 9 11 13 15 16 17 18 19 26	4 7 9 11 13 15 16 17 18 19	7 9 16 19	
ВЫВОДЫ						
<p>А) Ведущее повреждение: ротационный вывих атланта в атлanto-аксиальном суставе, (наступление смерти на месте происхождения в следствие грубого нарушения ствола спинного мозга на уровне нижнего затылочного сустава).</p> <p>Б) Механизм: воздействие «непрямой» ротационной нагрузки на шейный отдел позвоночника, реализуемое применением специального приёма борьбы «скручивание шейных позвонков».</p> <p>В) Параметры внешней нагрузки - максимальные: 95 градусов ротации и при 110 кг силовой нагрузки в шейном отделе на уровне затылочного сустава. Силовая нагрузка осуществляется через две противоположные реперные точки головы, в двух вариантах, соответственно направлению действия ротации. Вариант 1: левая боковая поверхность подбородка, правая теменно-затылочная область – направление ротации слева направо. Вариант 2: правая боковая поверхность подбородка, левая теменно-затылочная область – направление ротации справа налево.</p>						

При этом минимальная группировка (кроме специфического: 1. Ротационный вывих атланта в атлanto-аксиальном суставе), состоит из:

- 9. Разрыва синовиальных сумок наружных атлanto-аксиальных суставов
- 16. Разрыва межпозвонкового диска между позвонками на уровне С4-С6
- 19. Грубого повреждения ствола спинного мозга на уровне С1-С2 (раздавливание)
- 26. Повреждения мягких тканей, кожных покровов односто-

ронней локализации в области лица (в проекции подбородка, горизонтальной ветви нижней челюсти, в виде кровоподтеков или ссадин или поверхностных ушибленных ран).

16.5. Из выводов к комиссионной экспертизе видно, что у Н. ... имели место следующие макроскопические повреждения в области шейного отдела позвоночника и спинного мозга: «... *разрыв связок слева между 1 и 2 шейными позвонками, надрыв межпозвонокового диска между 6 и 7 шейными позвонками, кровоизлияния под оболочки шейного отдела спинного мозга, повреждение ткани спинного мозга в проекции 1, 2 шейных позвонков...*».

16.6. Сравнивая перечень повреждений в шейном отделе позвоночника установленный экспертами (см. выше п. 16.5. настоящего заключения), и **минимальную группировку признаков-повреждений** в шейном отделе позвоночника, указывающую на проведение приёма **«скручивание шейных позвонков»**, видно:

Признак 1 (специфический) «Ротационный вывих атланта в атланта-аксиальном суставе», **признак 9** «Разрыв синовиальных сумок наружных атланта-аксиальных суставов», **признак 16** «Разрыв межпозвонокового диска между позвонками на уровне С4-С6», **признак 26** «Повреждения мягких тканей, кожных покровов односторонней локализации в области лица (в проекции подбородка, горизонтальной ветви нижней челюсти, в виде кровоподтеков или ссадин или поверхностных ушибленных ран).» - **экспертами не обнаружены**.

16.7. Эксперты установили мало признаков, а имеющие признаки-повреждения, опорно-двигательного комплекса шейного отдела позвоночника, не объясняют, установленных экспертами, механической природы «... *выраженных травматических изменений спинного мозга на уровне шейного отдела ...*».

16.8. Если считать, что действительно, значительное механическое повреждение спинного мозга на уровне первого и второго шейных позвонков имело место, то эксперт, производивший первое судебно-медицинское исследование трупа, не мог не увидеть кровоизлияний в области нижней границы продолговатого мозга, что на уровне большого затылочного отверстия. Эта зона продолговатого мозга через несколько мм вниз граничит с сегментами

спинного мозга на уровне первого и второго шейных позвонков и всегда бывает «вовлечена» в патологические проявления травмы спинного мозга выше его шейного утолщения.

16.9. Следовательно, с судебно-медицинской точки зрения **не доказан** факт того, что установленные экспертами повреждения шеи у Н., свидетельствуют об образовании их, от того механизма, на который эксперты ссылаются в п. «2, 3, 4, 5, 7, 8» выводов в своей комиссионной экспертизе.

17. ВОПРОС: «В выводах комиссионной экспертизы эксперты указывают на « ... *Наличие выраженных травматических изменений спинного мозга на уровне шейного отдела ... которая исключала возможность выполнения потерпевшим каких-либо активных действий до наступления смерти...*».

Что, в данном случае, следует иметь в виду, под экспертной формулировкой « ... *Наличие выраженных травматических изменений спинного мозга на уровне шейного отдела ...* ?»

ОТВЕТ: Из описания данного повреждения в исследовательских частях проведённых повторного акта исследования трупа и экспертиз (первичной и комиссионной), характер повреждения спинного мозга представить детально не представляется возможным. Фраза «... *В проекции 2 шейного позвонка ткань спинного мозга бесструктурная ...*» - прямо не может констатировать последствия механического воздействия на ткань спинного мозга.

18. ВОПРОС: «Что в данном случае следует иметь в виду под фразой в выводах экспертов « ... *активные действия ...*» ? Например, только удержание своего тела в положении «сидя» в течение времени, исчисляемом несколькими десятками минут, следует отнести к активным действиям ?»

ОТВЕТ: Да, можно отнести к активным действиям, наряду с такими действиями как, удержание тела в положении «стоя», ходьбой, бегом и т.п. .

Как удержание тела, например, в положении «стоя», так и удержание тела в положении «сидя» - есть активные действия, требующие достаточно согласованной статической работы скелетных мышц-антагонистов.

19. ВОПРОС: «В комиссионной экспертизе эксперты указывают: *«Травмы шеи, подобные имевшей место у Н. ... не совместимы с жизнью, обычно заканчиваются летальным исходом, даже при своевременном оказании квалифицированной медицинской помощи».*

Какие повреждения, с точки зрения судебной медицины, принципиально следует считать несовместимыми с жизнью ?

Наблюдается ли казуистика сохранения жизни у потерпевшего при причинении последнему несовместимых с жизнью повреждений ?»

ОТВЕТ: Судебная медицина не знает казуистических случаев сохранения жизни у субъекта, которому действительно были причинены повреждения **несовместимые с жизнью**.

Несовместимые с жизнью повреждения – разделения туловища, ампутация или размятие (размозжение) головы, разрушение внутренних органов и т.п. . Указывать на то, что такие повреждения «... обычно заканчиваются летальным исходом...» не логично, т.к. в этом случае можно допустить, что есть казусы сохранения жизни после причинения несовместимых с жизнью повреждений (например, сохранения жизни после ампутации головы ...).

20. ВОПРОС: «Подпадают ли формулировки, обозначающие повреждения шеи и шейного отдела позвоночника, обнаруженные при повторном исследовании трупа Н., в номенклатуру повреждений опасных для жизни, согласно существующим ныне положениям по судебно-медицинской экспертизе тяжести вреда здоровью?»

ОТВЕТ: Да, «подпадают», **но только** по п. 7. «з)» РАЗДЕЛА II Правил «Судебно-медицинской экспертизы степени тяжести телесных повреждений», утверждённых Приказом Минздрава СССР от 11.12.78 г. № 1208. Из данного пункта следует, что повреждениями опасными для жизни являются «... *закрытые повреждения спинного мозга в шейном отделе* ...».

21. ВОПРОС: «Какими нормативными положениями должны были руководствоваться судебно-медицинские эксперты, определяя степень тяжести повреждений шеи, обнаруженных при повторном исследовании трупа Н. ... ?»

ОТВЕТ:

21.1. Источником (федерального) кодифицированного права: **уголовным кодексом РФ от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ** (с изм. и доп. от 27 мая, 25 июня 1998 г., 9 февраля, 15, 18 марта, 9 июля 1999 г., 9, 20 марта, 19 июня, 7 августа, 17 ноября, 29 декабря 2001 г., 4, 14 марта, 7 мая, 25 июня, 24, 25 июля, 31 октября 2002 г., 11 марта, 8 апреля, 4, 7 июля, 8 декабря 2003 г., 21, 26 июля, 28 декабря 2004 г., 21 июля 2005 г.). Глава 16. Преступления против жизни и здоровья (ст. ст. 105-125. **См., в частности, ст. 111 «Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью»**).

21.2. А также, в развитии выше указанного источника права, информационным письмом № 10-2/2199 от 11.10.2001 г. Минздрава РФ, где, частности, указано: *«Департамент организации и развития медицинской помощи населению, в связи с отказом Минюста России в государственной регистрации приказа Минздрава России от 10.12.1996 № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз» и изданием приказа Минздрава России от 14.09.2001 г. № 361 «Об отмене приказа Минздрава России от 10.12.1996 № 407», рекомендует в своей текущей работе временно руководствоваться основными положениями правил, утверждённых Минздравом СССР ... Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений, утверждённых приказом Министерства здравоохранения СССР от 11.12.78 г. № 1208.»*.

21.3. В продолжении нормативного акта, указанного в п. 2.2. настоящего заключения, см. информационное письмо № 28-12/518-01 от 13.11.2001 г., (в дальнейшем – «письмо»), нач. управления криминалистики Главного следственного управления Ген. Прокуратуры РФ и главного судебно-медицинского эксперта РФ, адресованное заместителям прокуроров субъектов Российской Федерации, курирующих вопросы предварительного следствия и надзора за ними и начальникам бюро судебно-медицинской экспертизы органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации - об адаптации Приказа № 1208 1978 года Минздрава СССР к постатейным материалам главы 16 УК РФ, действующего с 1 января 1997 г.. Из официального текста письма, частности, следует: *«Министерство юстиции Российской Федерации отказало в государственной регистрации приказа Минздрава России*

200

№ 407 от 10.12.96 г. «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз». В связи с этим, приказом министра здравоохранения № 361 от 14.09.2001 г. данный нормативный акт признан утратившим силу, а на места Минздравом России руководителям органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации направлено письмо, в котором рекомендуется в текущей работе, до нормативного урегулирования данного вопроса, руководствоваться соответствующими документами, **утвержденными ещё Минздравом СССР**. В частности, при определении тяжести вреда здоровью следует **руководствоваться «Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» № 1208 от 11.12.78 г.** Однако, используемые в этих Правилах терминология не всегда соответствует медицинским обозначениям действующего Уголовного кодекса Российской Федерации. ...». См. уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 г. N 63-ФЗ (с изм. и доп. от 27 мая, 25 июня 1998 г., 9 февраля, 15, 18 марта, 9 июля 1999 г., 9, 20 марта, 19 июня, 7 августа, 17 ноября, 29 декабря 2001 г., 4, 14 марта, 7 мая, 25 июня, 24, 25 июля, 31 октября 2002 г., 11 марта, 8 апреля, 4, 7 июля, 8 декабря 2003 г., 21, 26 июля, 28 декабря 2004 г., 21 июля 2005 г.). Глава 16. Преступления против жизни и здоровья (ст. ст. 105-125).

Далее в письме, также указывается: « ... 3 Судебно-медицинским экспертам при проведении судебно-медицинских экспертиз по определению тяжести вреда здоровью руководствоваться критериями, изложенными в «Правилах судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» № 1208 от 11.12.78 г., используя при формировании ответов на поставленные перед ними вопросы терминологию, содержащуюся в действующем уголовном законодательстве».

22. ВОПРОС: «В п. «2)» ч.1 ст. 196 УПК РФ указано, что обязательное назначение судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить: «... 2) характер и степень вреда, причиненного здоровью».

В этой связи, просим разъяснить, что следует иметь в виду, с судебно-медицинской точки зрения, относительно установления характера вреда здоровью при производстве судебно-медицинской экспертизы, например, при тех или иных обстоятельствах причинения телесных повреждений ?».

ОТВЕТ:

22.1. **Характер** (от греч. character – отличительная черта, признак) – это, например, с точки зрения криминалистической идентификации поведения личности, совокупность устойчивых индивидуальных особенностей субъекта, обуславливающих типичные для него способы поведения.

22.2. С точки зрения проблемы судебно-медицинской диагностики телесных повреждений, образующихся механическим путём, под **характером их**, следует понимать **морфологические свойства этих повреждений**, т.е. структуру и особенности анатомических нарушений биологических тканей, локализующихся в областях исследуемых повреждений тела. По сути заданного вопроса, под определением характера вреда здоровью, следует понимать медико-экспертное установление, как морфологического свойства самого повреждения, так и **механизма** его образования.

22.3. **Судебно-медицинская травматология** учит, что МЕХАНИЗМ образования повреждений – это совокупность и определённая последовательность взаимодействий травмирующего предмета и области (или областей) тела человека, а также развивающихся в организме изменений приводящих к повреждениям.

Таким образом, если судебно-медицинский эксперт решает вопрос о механизме образования того или иного повреждения, то он должен определить следующие его элементы, относительного каждого изучаемого повреждения: 1- точку (место) приложения силы; 2- направление действия травмирующей силы; 3- вид травматического воздействия (удар, сдавление, трение, скольжение); 4- кратность (число) травматических воздействий; 5- величину силового воздействия; 5- взаиморасположение пострадавшего и травмирующего предмета в момент нанесения повреждения; 6- возможность причинения повреждений в заданных условиях.

22.4. В судебной медицине выделяют **виды повреждений** (кровоподтёки, ссадины, раны, вывихи, переломы костей, разможнения, разрывы паренхиматозных и полых органов), по особенностям следов, т.е. по особенностям анатомических нарушений которых, определяют **механизм их образования**.

Отсюда, по особенностям морфологии телесных повреждений (**т.е. по их характеру**), при производстве судебно-медицинской экс-

пертизы (и равным образом при производстве, например, **судебно-медицинских исследований по реконструкции событий**, что указано в разделе 8.6. «Инструкции по организации и производству экспертных исследований в Бюро судебно-медицинской экспертизы», регламентированной приказом Минздрава России № 161 от 24.04.2003 г.), устанавливают и подвергают медико-криминалистической оценке **механизм следообразования**, относительно каждого телесного повреждения (кровоподтёка, ссадины, раны, вывиха, перелома, и т.д.).

22.5. В уголовном процессе, такие судебно-экспертные исследования (экспертизы реконструкции событий), назначают и проводят с целью установления (идентификации) механики причинения повреждений, относительно конкретных обстоятельств, рассматриваемых по делу для всесторонней юридической квалификации, данных обстоятельств.

22.6. Таким образом, формулировка положения в п. «2)» ч.1 ст. 196 УПК РФ, относительно характера вреда, причиненного здоровью, подразумевает под собой, с судебно-медицинской точки зрения, медико-экспертное решение вопроса о механизме образования того или иного повреждения в полном объёме понятия **«механизм образования повреждения»**, как это указано в п.п. 22.2., 22.3., 22.4., 22.5. настоящего заключения.

РЕЗЮМЕ: имеются необъяснимые вопросы в части организации и оформления первичной экспертизы трупа Н. (экспертиза производилась по протокольной части акта повторного исследования трупа или экспертиза проводилась непосредственно в ходе исследования трупа ?).

Имеются процессуальные нарушения в части привлечения специалиста Ивановой в производство комиссионной экспертизы именно для решения вопроса о прижизненности и давности образования повреждений (в частности, относительно повреждения спинного мозга).

Ни в указанной экспертизе, ни в первичной экспертизе, не произведена надлежащая судебно-медицинская оценка алкогольной интоксикации по данным судебно-химического исследования крови и мочи от трупа Н.

В комиссионной экспертизе отсутствует научное обоснование, с применением специальных знаний из области судебно-ме-

дицинской травматологии, механизма образования повреждений в области шейного отдела позвоночника, что лишает выводы экспертов, в данной части, доказательственной силы.

Вывод, установленный экспертами (при производстве комиссионной экспертизы), о диапазоне времени (от момента причинения повреждения шеи до момента наступления смерти – от нескольких минут до 1,5 час.), не выверен ни по морфологии и клинике травмы шеи с одной стороны, ни по обстоятельствам дела, установленным следствием, с другой.

Считаю, что выше изложенное даёт объективный повод к юридической мотивации назначения ПОВТОРНОЙ судебно-медицинской экспертизы трупа по материалам дела.

ДОЦЕНТ
СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

С.Н. КУЛИКОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

Титульный лист экспертизы:

« ... При производстве судебной экспертизы эксперт независим ... Эксперт даёт заключение, основываясь на результатах проведённых исследований в соответствии со своими специальными знаниями ... Лица виновные в оказании воздействия на эксперта, подлежат ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации» - извлечение из ст. 7 «Независимость эксперта», Федерального Закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА № 01-11/2008 (судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовного дела № 200763356)

«10» ноября 2008 года, на основании постановления (определения) старшего следователя СО по ДТП при СУ ГУВД г. Самара, майора юстиции И.В. Саяпина, от «01» ноября 2008 г., врач судебно-медицинский эксперт ВЫСШЕЙ квалификационной категории, доцент, заведующий учебной частью кафедры судебной медицины ГОУ ВПО «Самарского ГМУ» Росздрави, кандидат медицинских наук, С.Н. КУЛИКОВ, имеющий сертификат врача специалиста по специальности «судебно-медицинская экспертиза», стаж работы по профессиональному применению специальных знаний из области судебной медицины 27 лет, согласно ст. ст. 57, 70, 195, 196, ч. 4 ст. 199 УПК РФ, ст. 41 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», вне порядка служебного задания произвел судебно-медицинскую экспертизу (*первичную, дополнительную, повторную*), по факту причинения вреда здоровью, (смерти), гр.-ну (ке) ПЕТРОВУ Василию Степановичу 1957 г. рождения.

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 57 УПК РФ разъяснены, об ответственности по ст. 307 УК РФ, предупрежден.

Судебно-медицинский эксперт
(доцент)

С.Н. КУЛИКОВ

Деятельность по выполнению судебно-медицинских экспертиз по материалам дел не лицензируется (см. Решение Верховного Суда РФ от 23 июня 2004 г. № ГКПИ04 – 738 и Определение Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 16 сентября 2004 г. № КАС04-451 п.)

« ... На разрешение эксперту поставлены следующие вопросы:

1. Какие телесные повреждения были причинены Петрову В.С. в результате ДТП ?
2. Какой тяжести вред здоровью причинён Петрову В.С. в момент совершения ДТП ?

**Для производства экспертизы,
представлены следующие материалы:**

- настоящее постановление;
- подлинная медицинская карта № 18637 стационарного больного на имя Петрову В.С. 1957 г. рождения, из травматологического отделения городской больницы № 2 им. В.В. Баныкина г. Тольятти, датированная от 01.12.2007 г.;
- подлинная травматологическая карта № 108 на имя Петрова В.С. 1957 г. рождения, из травм.пункта № 1 МУЗ гор. поликлиники № 2 гор. Тольятти;
- пять рентгенограмм (области перелома **правого бедра**) на имя Петрова В.С. 1957 года рождения: № 8005 от 08.12.07 г.; две № 1918 от 04.05.2008 г.; № 1544 от 04.04.2008 г.; № 4930 от 04.04.2008 г. .

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Из представленного постановления следует: « ... 01.12.2007 г. на 17 км автодороги Борма-Кошки-Погрузная в Кошкинском районе Самарской области в результате нарушения требований Правил дорожного движения водителем автомобиля ВАЗ 21103 г/н Р 683 КА/15 Хафизовым У.С. произошел съезд автомобиля ТОЙОТА АВЕНСИС г/н М 966 НА/63 под управлением Петрова В.С.. с проезжей части с последующим наездом автомобиля ТОИОТА на опору дорожного знака и опрокидывание данного автомобиля. В результате ДТП пассажиру автомобиля ТОЙОТА Ашанову Д.В. причинена смерть, водителю данного автомобиля Петрову В.С. причинен тяжкий вред здоровью.».

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

Из представленной медицинской карты № 18637 стационарного больного на имя Петрова В.С. 1957 г. рождения, из травматологического

логического отделения городской больницы № 2 им. В.В. Банькина г. Тольятти, датированной от 01.12.2007 г.; следует, что Петров В.С., в экстренном порядке поступил в гор. больницу им. Банькина г. Тольятти, по направлению из травматологического пункта, 01.12.2008 г., в 17.00., с диагнозом при поступлении: «*Закрытый оскольчатый перелом в/З левой (очевидно «...правой...» - С.Н. Куликов) бедренной кости со смещением отломков. Обширные ссадины правой лобной области, левой половины ягодицы*». В ходе первичного объективного осмотра пострадавшего (1.12.2007 г. 17.00.), было установлено: «*Боли в левом (очевидно «...правом...» - С.Н. Куликов) бедре, в лобной области, в ягодичной области. ... Со слов пострадавшего 1.12.07 г., около 11.30. часов при ДТП получил травму. ДТП произошло в Кошкинском районе. Медицинскую помощь оказали в Кошкинском ЦРБ, наложена гипсовая лонгета на левую (очевидно «...правую...» - С.Н. Куликов) н/конечность, раны лобной области и левой ягодичной области обработаны, повязка, ПСС и СА получил в Кошкинской ЦРБ. Для дальнейшего лечения направлен месту жительства. ... Состояние удовлетворительное ... Кожные покровы чистые. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Пульс 86 уд. в мин., удовлетворительных свойств. АД 130/80 мм.рт.ст., живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. St. localis. : имеется укорочение левой (очевидно «...правой...» - С.Н. Куликов) н/конечности на 5,0 см. Пальпаторно резкая боль в в/З левого (очевидно «...правого...» - С.Н. Куликов) бедра. Активные движения в левом (очевидно «...правом...» - С.Н. Куликов) тазобедренном суставе отсутствуют. Имеется патологическая подвижность в в/З левого (очевидно «...правого...» - С.Н. Куликов) бедра. Имеются обширные ссадины правой лобной области и левой половины ягодицы. На рентгенограмме левого (очевидно «...правого...» - С.Н. Куликов) бедра – оскольчатый перелом в/З бедренной кости со смещением отломков. Диагноз: З/оскольчатый перелом левой (очевидно «...правой...» - С.Н. Куликов) бедренной кости со смещением отломков. Обширные ссадины правой лобной области и левой ягодичной области». В день поступления было наложено скелетное вытяжение за бугристость «...левой б/берцовой кости ...» (очевидно «...правой...» - С.Н. Куликов). Из описания контрольного рентгено снимка правого бедра от 3.12.2007 г. следует: «... костные отломки стоят неудовлетворительно (скелетное вытяжение) ...». В дальнейшем (3-7.12.07 г.) предъявлял жалобы на боли в правом бедре. Состояние пострадавшего было удовлет-*

ворительным. 6.12.2007 г., по показанием в связи с неудовлетворительным стоянием отломков, была показана и произведена хирургическая операция с целью сопоставления и фиксации отломков правой бедренной кости: *«Металлический остеосинтез правого бедра металлическим стержнем «fixion»*». Из описания хода операции, в частности, следует: *« ... Закрытым путём сопоставить отломки правого бедра не удалось. ... При ревизии по внутренней поверхности проксимального отломка бедра обнаружен осколок, не полностью оторванный от материнского ложа. ...»*. Из описания контрольного рентгено снимка правого бедра от 8 декабря 2007 г. следует: *« ... МОС (металло-остеосинтез – С.Н. Куликов) диафиза бедренной кости интрамедуллярным металлическим штифтом. Костные отломки стоят удовлетворительно ...»*. Послеоперационный период протекал гладко. Швы с операционной раны были сняты на 11 день после операции, рана зажила первичным натяжением. Был выписан в удовлетворительном состоянии 18.12.2007 года, на дальнейшее амбулаторное лечение. Диагноз при выписке: ***«Закрытый оскольчатый перелом верхней трети правого бедра со смещением отломков. Ссадины в области лица. Ссадины в области лица и шеи.»*** Были даны рекомендации: *« ... Наблюдение травматолога, явка в травмпункт 21.12.07 года ... ходить с котылями с дозированной нагрузкой на больную конечность, ... ЛФК, физиолечение.»*

Из представленной подлинной травматологической карты, на имя Петрова В.С., видно, что последний неоднократно в период с 24.12.2007 г. по 28.06.2008 г., проходил амбулаторно КЭК (клинико-экспертную комиссию), по поводу диагноза, указанного при выписке (и в выписке из медицинской карты стационарного больного № 18637). В частности, из описания рентгенограммы правого бедра (от 28.01.08 г.), следует: *« ... отмечается консолидирующийся перелом в/3 бедренной кости МОС стержнем, стояние отломком удовлетворительное, костная мозоль выражена удовлетворительно»*. В течение указанного периода времени, предъявлял жалобы на умеренные боли в правом тазобедренном суставе, боли в правом бедре. При осмотре 30.04.08 г. отмечали ограничения движений (суставы не указаны). 30.05.2008 г. : *«...Сохраняются боли в правом бедре, отёк, ограничение движений»*. На 27.06.2008 г. в ... карте отмечено: *«Жалоб нет. Движения в полном объёме. Рекомендовано оперативное лечение по удалению металлической конструкции правого бедра ... Больной трудоспособен. Труд с 28.06.08 г. »*.

ВЫВОДЫ

На основании представленных материалов дела, согласно вопросам, указанным в постановлении, прихожу к следующим выводам:

1. ВОПРОС: «Какие телесные повреждения были причинены Петрову В.С. в результате ДТП?»

ОТВЕТ:

1.1. В первые сутки (01.12.2007 г.) по поступлению потерпевшего Петрова В.С. в травматологическое отделение городской больницы № 2 им. «В.В.Банькина» г. Тольятти, у последнего, по объективным медико-экспертным признакам, было диагностировано нарушение анатомической целостности правой бедренной кости, в форме следующего повреждения:

- *закрытого крупнооскольчатого перелома правой бедренной кости в верхней трети диафиза, со смещением отломков по длине и ширине (в дальнейшем – «закрытый перелом диафиза правой бедренной кости»).*

По факту диагностики данного повреждения, по объективным показаниям (в связи с неэффективностью проведённого консервативного лечения методом скелетного вытяжения с целью сопоставления отломков перелома бедра), в указанном выше мед. учреждении, была осуществлена (06.12.2007 г.) специализированная медицинская помощь, в форме хирургической операции:

- *«Металлический остеосинтез правого бедра металлическим стержнем «fixion»».*

Факт диагностики *закрытого перелома диафиза правой бедренной кости* у пострадавшего Петрова В.С. подтверждают, в частности, рентгенологические данные, представленные в Приложениях к настоящему заключению. См. ниже в Приложениях к настоящей экспертизе, описание двух рентгенограмм правой бедренной кости: на фото-таблице №1, рентгенограмма от 08.12.2007 г. № 8005; на фото-таблице №2, рентгенограмма от 04.05.2008 г. № 1918.

1.2. Диагностированный *перелом диафиза правой бедренной кости* у Петрова В.С., принимая во внимание отсутствие каких-либо признаков его консолидации (спаянности, сращения его отломков), на 3 и 8-е декабря 2007 г., а также данные первого объективного осмотра пострадавшего в больнице (01.12.2007 г.), воз-

ник незадолго до момента госпитализации. Вероятно за несколько часов до того, что позволяет связать происхождение данной травмы с обстоятельствами расследуемого по делу ДТП.

1.3. В первые сутки госпитализации и в последующие, объективных клинических признаков, констатирующих опасное для жизни состояние у пострадавшего Петрова В.С., не зафиксировано в представленной медицинской документации.

1.4. Такие повреждения, указанные в диагностических формулировках как-то: «...*Обширные ссадины правой лобной области и левой ягодичной области*», «... *Ссадины в области лица и шеи*», ввиду их объективной необоснованности в представленной по делу медицинской документации, какой-либо судебно-медицинской оценке подвергнуть не представляется возможным.

2. ВОПРОС: «Какой тяжести вред здоровью причинён Петрову В.С. в момент совершения ДТП ?»

ОТВЕТ:

2.1. **Как на момент назначения, так и на момент производства** настоящей судебной экспертизы, действуют новые **Медицинские критерии** к Правилам определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, в соответствии с принятыми в Правилах ... **Квалифицирующими признаками** тяжести вреда здоровью.

В силу чего, **в настоящем судебно-экспертном процессе** целесообразно руководствоваться критериями оценки факта рассматриваемой травмы, предусмотренными указанными выше инструктивными указаниями.

В связи с чем, см. п.п. 3, 4 Правил определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, утверждённых Постановлением правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522, а также п. п. 6.11., 6.11.6. **Медицинских критериев** определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека (в дальнейшем – «**Медицинские критерии ...**»), утверждённых Приказом от 24 апреля 2008 г., № 194н Министерства здравоохранения и социального развития РФ, вступивших в силу с 16 сентября 2008 г., т.е. спустя 10 дней после дня официального опубликования. (источник публикации: «Российская Газета» за 05.09.2008 г.) .

2.2. По п. 6.11.6. **Медицинских критериев ... *закрытый перелом диафиза правой бедренной кости*** у пострадавшего Петрова

В.С. относится к повреждениям, влекущим **ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ**. Данное повреждение, на момент причинения, не повлекло состояния опасного для жизни, но по **морфологии** своей, вошло в номенклатуру травм, вызывающих значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть, **независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи**.

Морфологический перечень травм, по п. 6.11. **Медицинских критериев** ... следует относить к категории повреждений, влекущих **тяжкий вред здоровью**, по признаку значительной стойкой утраты трудоспособности не менее 1/3 не по определенному исходу, а по опасности возникновения его, без оказания медицинской помощи.

2.3. Если рассматривать **только временной фактор, обуславливающий момент возникновения травмы 01.12.2007 г.**, (учитывая принцип действия уголовного закона во времени и пространстве, хотя Медицинские критерии ... это не Закон, **а экспертная оценка биологического явления**), то на данный момент времени, судебно-медицинские эксперты РФ руководствовались, так называемыми, «старыми Правилами» **судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений, утверждёнными ещё приказом Минздрава СССР № 1208 от 11.12.78 г.** (в дальнейшем – «ПРАВИЛА»). При этом использовали терминологию («степень тяжести вреда здоровью...»), содержащуюся в действующем уголовном законодательстве.

2.4. В методических указаниях к ПРАВИЛАМ имеется пункт «35», который гласит: *«В случаях установления по объективным медицинским данным, что телесное повреждение было опасным для жизни или когда последствия и исход неопасного для жизни повреждения не вызывают сомнений, судебно-медицинский эксперт определяет степень тяжести повреждения не ожидая его исхода».*».

Отсюда видно, что здесь определять степень тяжести вреда здоровью, в связи с повреждениями неопасными для жизни, также можно было, не ожидая их исхода (только не шла речь о том, что влияние медицинской помощи учитывать не следует).

В момент возникновения травмы (01.12.2007 г.), уже возникла та **морфология** её, которая неизбежно, **без оказания медицинской помощи** приведёт к неблагоприятному исходу, соответствующему значительной стойкой утрате трудоспособности не менее чем на 1/3.

В силу чего, и в том и другом случаях (как до, так и после 16 сентября 2008 года), **закрытый перелом диафиза правой бедренной кости** у пострадавшего Петрова В.С. следует отнести к повреждениям, влекущим **ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ**.

**Судебно-медицинский эксперт
(доцент)**

С.Н. КУЛИКОВ ...»

Приложения к экспертизе:

ФОТО-ТАБЛИЦА №1 к заключению эксперта № 01-11/2008 (судебно-медицинской экспертизе по материалам уголовного дела № 200763356, возбужденного по факту ДТП, произошедшего 01.12.07 г.).



Рентгенограмма, произведённая **08.12.2007 г.**, закрытого оскольчатого перелома диафиза правой бедренной кости у пострадавшего Петрова В.С. 1957 г. рождения. В костно-мозговом канале бедренной кости видна прямолинейно-вертикальная «ть» металлического стержня «fixion», установленного при производстве операции 6.12.2007 г. в гор. больнице им. Банькина г. Тольяти. Видно смещение центрального и срединного отломков по ширине относительно

периферического отломка бедренной кости. Какие-либо элементы костной мозоли на протяжении перелома отсутствуют. Заметен диастаз (расстояние) между центральным и срединным отломками (зазор более 0,1 мм). 7 дней спустя после причинения травмы и 2 дня спустя после производства операции внутрикостного остеосинтеза.

**Врач судебно-медицинский эксперт,
доцент**

С.Н. КУЛИКОВ

ФОТО-ТАБЛИЦА № 2 к заключению эксперта № 01-11/2008 (судебно-медицинской экспертизе по материалам уголовного дела № 200763356, возбужденного по факту ДТП, произошедшего 01.12.07 г.).



Рентгенограмма, произведённая **04.05.2008 г.**, закрытого оскольчатого перелома диафиза правой бедренной кости у пострадавшего Петрова В.С. 1957 г. рождения. (спустя **20 недель** после травмы и **19 недель** после операции). В костно-мозговом канале бедренной кости видна прямолинейно-вертикальная «тень» металлического стержня «fixion», установленного при производстве операции внутрикостного остеосинтеза

6.12.2007 г. в гор. больнице им. Баныкина г. Тольятти. Видно, что на протяжении бывшего перелома образовалась обширная неравномерно выраженная по плотности фиброзно-костная мозоль, завершившаяся спаянием отломков. Ширина костной мозоли в её средней части превышает ширину диафиза бедренной кости на уровне бывшего перелома, в два раза. Видно незначительно выраженное смещение центрального и периферического отломков под углом (на ширины диафиза, под углом около 10 град, открытым внутрь). Здесь плотность фиброзно-костной мозоли менее всего выражена в области вершины угла смещения основных отломков по ширине, где отломки спаяны только фиброзной тканью.

**Врач судебно-медицинский эксперт,
доцент**

С.Н. КУЛИКОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

Анкета опроса юриста:

**Доцент кафедры судебной медицины Самарского
ГМУ Росздрава, кандидат медицинских наук, врач
судебно-медицинский эксперт высшей категории,
юрист Сергей Николаевич КУЛИКОВ,
студент 616 лечебного факультета Самарского
ГМУ Росздрава Олег Сергеевич КУЛИКОВ**

АНКЕТНЫЙ ОПРОС ЮРИСТА по проблеме:
*«ТЕХНОЛОГИЯ ПОСТРОЕНИЯ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ЧАСТИ СУДЕБНОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ, ВЫПОЛНЯЕМОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ
ИЗ РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ МЕДИЦИНЫ»*

(в дальнейшем «... исследовательская часть судебной экспертизы, выполняемая с применением специальных знаний из различных областей медицины» - «исслед. часть СЭ»)

ПРЕАМБУЛА по предмету опроса: проблема касается технологии производства комиссионных судебных экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

В чем наиболее частая причина «торпедирования» данных экспертных заключений на суде?

Мы видим её, в значительной части, в том, что *исслед. часть СЭ*, зачастую текстуально очень объёмная, бывает никак не структурирована. Ведь исследовательскую часть, лицо, назначившее судебную экспертизу, должно также изучить, как и выводы к ней (см. положения ст. 204 «Заключение эксперта» УПК РФ). А может ли юрист, принципиально проанализировать его (текст этот печатный, изложенный на многих и многих листах формата А4), разобраться в медицинской терминологии, например, в списках лекарственных средств и т.д., особенно когда всё напечатано «сплошняком», без выделений абзацев? Сможет ли он увидеть, кто из членов экспертной комиссии ответственен за тот или иной фрагмент исследовательской части экспертизы. Очевидно, что нет. Когнитивная функция юриста не справится с этим.

Однако, в логических связях между исследовательской частью и выводами экспертного заключения, юристы должны и могут разбираться. А когда не могут, в силу указанных выше причин, тог-

да возникает необходимость допроса эксперта (экспертов) на суде (или в ходе предварительного следствия).

И вот тогда, не редко, и обнаруживается, несогласованность экспертов в проделанной ими работе, что в конечном итоге лишает выводы экспертов надлежащей доказательственной силы. Указанное обстоятельство, зачастую, является основанием к назначению повторной судебной экспертизы.

Относительно одного из направлений в профилактике «провалов» защиты комиссионных медико-экспертных заключений такого профиля на суде, считаем, что оно (направление) должно быть выражено в определённой тактике оформления синтезирующей части акта экспертных исследований в форме **судебно-медицинского экспертного ЭПИКРИЗА**.

Эпикриз (лат. – epikrīsis), в практике лечебной работы, является обязательной частью медицинских учетных документов. Эпикриз - это суждение о состоянии больного, диагнозе болезни, причинах её возникновения, развития и результатах лечения, которые формулируются по завершению лечения. В практике здравоохранения эпикриз разделяют на выписной, переводной, этапный (при невыясненном диагнозе). В эпикризе клинический и патолого-анатомический диагнозы сопоставляют. При этом отмечают полное совпадение или расхождение указанных диагнозом, не установление причины смерти, анализируют объективные и субъективные причины диагностической ошибки, правильность лечебных мероприятий и ведения записей в истории болезни. Эпикриз, в рассматриваемых случаях, имеет юридическое значение в судебно-экспертной практике.

Отсюда следует, что смысловое содержание эпикриза полностью отвечает структуре построения синтетической части заключения, по проведению комплексных медико-экспертных исследований. Не погрешим против истины, если синтетическую часть заключения в процессе производства комплексных медико-экспертных исследований назовём: «Судебно-медицинский экспертный эпикриз» (в дальнейшем – СМЭ эпикриз).

В обоснование чего мы выдвигаем следующие положения:

1- СМЭ эпикриз составляют и подписывают врачи судебно-медицинские эксперты (врач судебно-медицинский эксперт).

Заметим, именно врачи судебно-медицинские эксперты, а не врачи иных клинических специальностей, привлекаемые следствием и судом к экспертному процессу. Эпикриз здесь целесообразно и правомочно называть именно «судебно-медицинским экспертным

...», а не «клинико-анатомическим», т.к. врачи судебно-медицинские эксперты при составлении эпикриза работают в юридическом процессе (предварительного или судебного следствия).

При этом анализ информации **о времени, месте и способе** совершения противоправных действий, которые могут (не могут) быть связаны с развитием, например, танатогенеза, судебно-медицинские эксперты проводят не только на основе медицинских данных, но и на основе материалов дела, добытых следственным путём;

2- в СМЭ эпикризе судебные медики определяют и составляют заключение по центральному вопросу экспертного задания. Последний всегда выражен в конкретной задаче: в определении обстоятельств смерти, или причинения вреда здоровью; в определении идентификации биологического объекта, процесса или явления; в определении обстоятельств оказания медицинской помощи;

3- в СМЭ эпикризе анализ центрального вопроса экспертного задания проводят врачи судебно-медицинские эксперты посредством интегрированного и совокупного применения промежуточных выводов, полученных от врачей-экспертов иных врачебных специальностей;

4- в СМЭ эпикризе сличение клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов проводят судебные медики. Они оценивают проведённую ранее диагностику патологических состояний по их нозологии, этиологии, патогенезу, локализации, морфо-функциональным признакам;

5- вопросы экспертам формулируют юристы, т.е. субъекты предварительного или судебного следствия, что не редко ведёт к неточному, с точки зрения медицинских знаний, обозначению предмета экспертного задания. В данном случае судебно-медицинские эксперты (эксперт), в СМЭ эпикризе при необходимости, допустимо истолковывают редакцию вопроса (вопросов), поставленных дознавателем, следователем, прокурором или судом. Таким образом, идёт подготовка редакции вопросов для составления на них однозначных и доказательственных ответов в общих (окончательных) выводах. При этом, оригинальный текст стилистической формулировки вопросов в окончательных выводах эксперты не изменяют;

6- в конце СМЭ эпикриза врачи судебно-медицинские эксперты (врач судебно-медицинский эксперт), указывают перечень специальной литературы, список нормативных документов, относящихся к регулированию медицинской деятельности.

Обобщая сказанное выше, считаем, что только подобным образом можно (и следует) эффективно осуществлять технологию

производства комиссионных судебно-экспертных заключений, выполняемых с применением специальных знаний из различных отраслей медицины в предметах расследований по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

Предлагаемый нами алгоритм действий, выполненный в рамках процессуального закона, всесторонне отвечает теории и практике судебно- экспертной технологии.

Экспертная технология- это совокупность осуществляемых в определённой последовательности операций, действий, выполняемых на основе специальных познаний, в связи с проведением исследования каких-либо объектов, являющихся вещественными доказательствами, в целях поиска ответов на поставленные перед экспертом вопросы.

Глубокоуважаемый респондент, в контексте изложенной выше преамбулы ..., просим Вас ответить на следующие вопросы:

ВОПРОС (1): Обозначьте Ваш процессуальный юридический статус: судья, прокурорский работник, следователь аппарата юстиции или МВД, или иного следственного управления, дознаватель, адвокат (нужное подчеркнуть).

ВОПРОС (2): приходилось ли Вам, в Вашей юридической практике сталкиваться с оценкой судебно-экспертных заключений в контексте рассматриваемой проблемы?

ОТВЕТ: 1- ДА.
2- НЕТ (нужное подчеркнуть).

ВОПРОС (3): Если «ДА», то встречались ли Вам, построения исследовательских частей экспертных заключений, с каким-либо выделением в них синтетических (обобщающих) частей ?

ОТВЕТ:
1- ДА.
2- НЕТ.
3- **ВООБЩЕ НИКОГДА НЕ ВСТРЕЧАЛИСЬ**
(нужное подчеркнуть).

ВОПРОС (4): Если встречались, то, на Ваш взгляд, отражены ли были в исследовательских частях экспертных заключений обобщающие фрагменты их в форме комплекса таких составляющих как-то:

1- анализ выполненного догоспитального этапа ведения больного (пострадавшего);

2- анализ выполненного госпитального этапа ведения больного (пострадавшего);

3- проведение сравнительного анализа между выполненными этапами ведения больного (пострадавшего), с одной стороны, с надлежащим выполнением указанных этапов, согласно принятым стандартам оказания медицинской помощи, с другой;

4- установление, в этом отношении, имеющихся «различий». Относились ли эти «различия» к факторам, способствующим несвоевременной диагностике, неточной диагностике и неадекватному лечению существовавшего основного патологического процесса;

5- сличение судебно-медицинского (патолого-анатомического) диагноза, с одной стороны, и окончательного клинического диагноза, с другой, на предмет обнаружения расхождения между ними. Если имело место расхождение, то на каком уровне: а- на уровне основного заболевания (повреждения); б- на уровне осложнений основного заболевания (повреждения); в- на уровне сопутствующих заболеваний (повреждений); г- на уровне осложнений сопутствующих заболеваний (повреждений);

6- обнаружение наличия или отсутствия причинно-следственной связи, между установленными «различиями» и наступившими неблагоприятными последствиями. Имелась ли, в этом отношении, прямая причинная связь или непрямая (косвенная) или не было никакой связи;

7- установление (не установление) влияния индивидуальных особенностей организма больного (пострадавшего) на факт наступления неблагоприятного исхода;

8- установление (не установление) влияния нарушения выполнения мероприятий по диагностике, режиму лечения и реабилитации со стороны больного (пострадавшего) или иных лиц, на факт наступления неблагоприятного исхода;

9- если установлены обстоятельства, относящиеся к ненадлежащим действиям (врача) врачей, или иных лиц, то составляют (ретроспективно моделируют), к рассматриваемому судебному медико-экспертному прецеденту, альтернативную картину должных действий врача (врачей), или иных лиц в ситуационной обстановке, рассматриваемой по делу. Моделируют её «идеальный» вариант, относительно этапов оказания медицинской помощи. При этом указывают степень вероятности благоприятного и неблагоприятного исхода, применительно к клинико-морфологическим особенностям нозологической единицы рассматриваемого патологического процесса (болезни или травмы);

ОТВЕТ:

- 1-ДА.
- 2- НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПОХОЖЕЕ ВСТРЕЧАЛОСЬ.
- 3- НЕТ (нужное подчеркнуть).

ВОПРОС (5). Обращаемся к тем, кто встречался, и кто не встречался с юридическим разрешением поставленной по проблеме задачи: на Ваш взгляд, поможет ли комплекс таких экспертных логических составляющих (1-9), указанных выше, более доказательно, с юридической точки зрения, устанавливать (не устанавливать) форму вины фигурантов по делу?

ОТВЕТ:

- 1- ДА поможет ...
- 2- ЭТО НЕ БУДЕТ ИМЕТЬ НИКАКОГО ВЛИЯНИЯ НА ПРОЦЕСС УСТАНОВЛЕНИЯ ФОРМЫ ВИНЫ ...

ВОПРОС (6): Оправданно ли, с Вашей точки зрения, указанный выше комплекс экспертных логических составляющих, включить в структуру построения СМЭ эпикриза по предметам расследований рассматриваемых судебных прецедентов? Будет ли это способствовать профилактике «провалов» данных экспертных заключений в суде?

ОТВЕТ:

- 1- ДА, оправданно и будет способствовать профилактике
- 2- НЕТ, не оправданно и не будет способствовать профилактике ... (нужное подчеркнуть)

ВОПРОС (7): Считаете ли Вы целесообразным оформить необходимость структурирования исследовательской части экспертизы такого профиля, в предлагаемом нами варианте, нормативно (соответствующим приказом Минздрава и соц.развития РФ), например, в дополнении к приказу Минздрава РФ № 161 от 24.04.2003 г. «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в Бюро судебно-медицинской экспертизы» ?

ОТВЕТ:

- 1- ДА, считаем необходимым ...
- 2- НЕТ, не считаем необходимым ... (нужное подчеркнуть)

Благодарим за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

Титульный лист экспертизы (с сокращениями):

« ... При производстве судебной экспертизы эксперт независим ... Эксперт даёт заключение, основываясь на результатах проведённых исследований в соответствии со своими специальными знаниями ... Лица виновные в оказании воздействия на эксперта, подлежат ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации» - извлечение из ст. 7 «Независимость эксперта», Федерального Закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ.

З А К Л Ю Ч Е Н И Е № 05-01/2008

(комплексная медицинская судебная экспертиза)

15.05.08 г. - 21.07.2008 г., вне государственного судебно-экспертного учреждения, на основании **ПОСТАНОВЛЕНИЯ** от 22.04.2008 г. вынесенного следователем М-ого следственного межрайонного отдела **Следственного управления Следственного комитета при прокуратуре РФ по Самарской области, Н.П. РЕБРОВЫМ**, комиссия негосударственных судебных экспертов, назначенная из врачей-специалистов профессорско-преподавательского состава ГОУ ВПО Самарского Государственного Медицинского Университета Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (в дальнейшем - СамГМУ), врачей-специалистов Клиник СамГМУ и Самарской Областной Клинической Больницы им. М.И. Калинина (в дальнейшем – СОКБ), по удовлетворению соответствующего ходатайства эксперта-организатора доцента **С.Н. КУЛИКОВА**, в составе:

-**врача судебно-медицинского эксперта** высшей квалификационной категории (**эксперта-организатора** экспертной группы), доцента, заведующего учебной частью кафедры судебной медицины СамГМУ, кандидата медицинских наук, С.Н. КУЛИКОВА, ...

членов комиссии:

-**врача-эксперта (врача-терапевта** высшей квалификационной категории), профессора кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии СамГМУ, доктора медицинских наук, В.А. КОНДУРЦЕВА, ...

-**врача-эксперта (врача-гематолога** высшей квалификационной категории), доцента кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии СамГМУ, кандидата медицинских наук, заведующего гематологическим отделением Клиник СамГМУ, И.В. КУРТОВА, ...

-врача-эксперта (врача-трансфузиолога высшей квалификационной категории), заведующего отделением переливания крови СОКБ, М.Н. ЖАРКОВА, ...

-врача-эксперта (врача-гастроэнтеролога+эндоскописта высшей квалификационной категории заведующей эндоскопическим и гастроэнтерологическим отделениями Клиник СамГМУ, кандидата медицинских наук, И.Н. ЮРЧЕНКО, ...

-врача-эксперта (врача анестезиолога-реаниматолога высшей квалификационной категории), врача отделения анестезиологии и реаниматологии Клиник СамГМУ, кандидата медицинских наук, Н.И. ЧЕРНЫШЕВОЙ, ...

-врача-эксперта (врача-хирурга высшей квалификационной категории), доцента кафедры общей хирургии СамГМУ Б.Д. ГРАЧЕВА, ...

согласно ст. ст. 21, 23, 41 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», ст. ст. 131, 132, 195, 196, ч. 4 ст. 199, ст. ст. 201, 204, 283 УПК РФ, произвела настоящую судебную экспертизу по материалам уголовного дела № 200642664 (1 том), возбужденного по признакам состава преступления, предусмотренного ч.2 ст. 124, УК РФ в отношении неопределённого круга лиц, относящихся к медицинским работникам М-...й Центральной Городской больницы.

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 57 УПК РФ экспертам разъяснены, об ответственности по ст. 307 УК РФ, эксперты предупреждены:

Врач суд.- мед.эксп.	С.Н. КУЛИКОВ	_____
Врач-эксперт	В.А. КОНДУРЦЕВ	_____
Врач-эксперт	И.В. КУРТОВ	_____
Врач-эксперт	М.Н. ЖАРКОВ	_____
Врач-эксперт	И.Н. ЮРЧЕНКО	_____
Врач-эксперт	И.Н. ЧЕРНЫШЕВА	_____
Врач-эксперт	Б.Д. ГРАЧЕВ	_____

Деятельность по выполнению судебно-медицинских экспертиз по материалам дел не лицензируется (см. Решение Верховного Суда РФ от 23 июня 2004 г. № ГКПИ04 – 738 и Определение Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 16 сентября 2004 г. № КАС04-451 п.)

СОДЕРЖАНИЕ Заключения № 05-01/2008 комплексной медицинской судебной экспертизы, (в дальнейшем – Заключение...):

1. **Вводная часть** (о датах и основаниях производства Заключения ..., сведения о членах экспертной комиссии, разъяснении им прав и предупреждении их об ответственности, см. выше на титульном листе настоящего Заключения ...).

- Вопросы, поставленные на разрешение экспертам 2
- Уяснение поставленного экспертного задания 4
- Перечень материалов, представленных для производства Заключения 11
- Обстоятельства дела, изложенные в постановлении о назначении производства Заключения ... со сведениями о процессуальной организации экспертной группы 12

2. Исследовательская часть:

- РАЗДЕЛ I. Исследование материалов уголовного дела . . . 15
- РАЗДЕЛ II. Анализ материалов дела согласно специальностям судебных экспертов:
 - 2.1. Экспертный анализ материалов дела с применением специальных знаний из области *терапии* 16
 - 2.2. Экспертный анализ материалов дела с применением специальных знаний из области *гематологии* 22
 - 2.3. Экспертный анализ материалов дела с применением специальных знаний из области *трансфузиологии* 28
 - 2.4. Экспертный анализ материалов дела с применением специальных знаний из области *эндоскопии и гастроэнтерологии* 39
 - 2.5. Экспертный анализ материалов дела с применением специальных знаний из области *анестезиологии и реаниматологии*. 44
 - 2.6. Экспертный анализ материалов дела с применением специальных знаний из области *хирургии* 46
 - 2.7. Экспертный анализ материалов дела с применением специальных знаний из области врачебной специальности «*судебно-медицинская экспертиза*» (СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ).. 54
- РАЗДЕЛ III. Синтезирующий раздел исследовательской части экспертизы 74

3. ВЫВОДЫ	79
4. Приложения (в количестве 26 листов) к Разделу II исследовательской части Заключения ... с Таблицами Экспертного Анализа (ТЭА) Медицинской Помощи (МП) во ВРЕМЕНИ и МЕСТЕ, оказанной Степановой А.Б...	95
- Приложение -1. ТЭА МП, выполненная врачом-экспертом (трансфузиологом)	6
- Приложение -2. ТЭА МП, выполненная врачом-экспертом (хирургом)	12
- Приложение -3. ТЭА МП, выполненная врачом-экспертом (анестезиологом- реаниматологом)	4
- Приложение -4. ТЭА МП, выполненная врачом-экспертом (эндоскопистом)	5
- Приложение -5. Извлечения из Приказа № 111 от 26.05.2008 г. Фед. Фонда Обязательного медицинского страхования с метод. рекомендациями.	5

Документы по оформлению оплаты экспертам прилагаются к настоящему акту экспертизы отдельно.

Текстуальное оформление акта Заключения ... с Приложениями (общее количество листов-127), выполнил эксперт-организатор экспертной группы, врач судебно-медицинский эксперт, доцент С.Н. КУЛИКОВ

Ниже см. извлечения из результирующей части Заключения

« ... РАЗДЕЛ III:

Синтезирующий раздел исследовательской части экспертизы (принципиальное разрешение предмета экспертного задания)

3.1. Основные претензии, выдвигаемые потерпевшей стороной к врачам ММУ ЦГБ г. М-...а:

3.1.1. *« ... Смерть супруги наступила как указано в заключении от развившегося диссеминированного внутрисосудистого свёртывающая крови (ДВС-синдром), который возник по вине врачей в результате неоднократного бесконтрольного переливания компонентов крови. В этом и заключается ошибка врачей...»*. И далее претензия содержит не согласие с тем, что в справке по разбору смерти указывается причина смерти – внутрисосудистый гемолиз: *« ... а не ДВС-синдром, указанный в заключении, который также возник по вине врачей в результате неоднократного бесконтрольного переливания компонентов крови. И в том и другом случае смерть супруги наступила по вине врачей, а не в результате того, что у супруги была удалена селезёнка...»* (см. л.д. 249).

3.1.2. Кроме того, на л.л. дела 248-249, потерпевшая сторона предъявляет врачам претензии относительно ненадлежащего информирования больной Степановой А.Б. (ныне покойной) и её мужа, в период 15-21.09.2005 г., о действительном, на то время, состоянии её здоровья, и о необходимости проведения в этой связи неотложных медицинских мероприятий. От чего больная Степанова А.Б. и её супруг, будучи в полной мере не информированными, не давали согласие на необходимые медицинские вмешательства.

3.2. Принципиальное разрешение предмета экспертного задания, проведённое на основе экспертного комплексного (комиссионного) анализа материалов дела, с применением специальных знаний из области терапии, гематологии, трансфузиологии, эндоскопии и гастроэнтерологии, анестезиологии и реаниматологии, хирургии, судебно-медицинской экспертизы:

3.2.1. Был правильно установлен окончательный клинический диагноз, который полностью был подтверждён, в дальнейшем, по факту производства патолого-анатомического исследования трупа больной (см. листы дела 22-23 «Патолого-анатомический эпикриз», а также листы дела 233-242 – данные судебно-гистоло-

гического исследования и п. 1 ВЫВОДОВ Заключения, судебно-медицинской экспертизы, проведённой в Самарском областном Бюро судебно-медицинской экспертизы).

Окончательный диагноз, по факту смерти больной Степановой А.Б., надлежит изложить в следующей последовательности (см. п. 3.3.2. СМЭ эпикриза на С. 70):

Основное заболевание:

- хроническая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки язвенной этиологии (происхождения).

Осложнение основного заболевания:

- обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в форме кровотечения из язвы;

- состоявшееся, длительно протекавшее и прерывное во времени кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки (около 6 суток до момента госпитализации 15.09.2005 г.), вызвавшее обильную кровопотерю и постгеморрагическую анемию, повлекшее, на фоне «хирургической агрессии», развитие острого нарушения гемостаза в форме острого ДВС-синдрома.

Заболевания и фоновые состояния, способствовавшие развитию острого ДВС-синдрома:

- длительно протекавшее и прерывное во времени кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки, вызвавшее обильную кровопотерю и постгеморрагическую анемию;

- отсроченная, не менее чем на сутки, операция «резекции желудка» (время проведения операции: с 22 час. 35 мин. **19.09.** по 01 час. 50 мин. **20.09.2005 г.**);

- спаечная болезнь брюшной полости;

- состояние после спленэктомии (ранее проведённой операции по удалению селезёнки);

- вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу.

В этой связи, применительно к оформлению медицинского свидетельства о смерти, формулировка **непосредственной причины смерти и заболевания к ней приведшего**, должна выглядеть следующим образом:

Непосредственная причина смерти (заболевание или осложнение основного заболевания):

I

а) Острый ДВС- синдром, полиорганная недостаточность;

Заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти:

б) Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки, вызвавшее обильную кровопотерю и постгеморрагическую анемию;

в) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;

II

Другие важные заболевания (патологические состояния), способствовавшие смертельному исходу, но не связанные напрямую с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти:

а) отсроченная, не менее чем на сутки, операция «резекции желудка»;

б) спаечная болезнь брюшной полости;

в) состояние после спленэктомии (ранее проведённой операции по удалению селезёнки), вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу.

3.2.2. Достоверных признаков рецидива кровотечения в представленной медицинской документации обнаружено не было.

Патологического состояния, называемого «*острым посттрансфузионным гемолитическим осложнением*» у А.Б. Степановой **не было**, что доказывается исследованиями, проведенными специалистами областной станции переливания крови;

Такого патологического состояния, как «*скрытый гемолиз*», **не существует**. Существуют методы исследования крови пациента на внутрисосудистый гемолиз основанные на выявлении свободного гемоглобина в сыворотке крови, а также исследование мочи на наличие свободного гемоглобина и гемосидерина, для определения разрушения эритроцитов по различным причинам.

О понятии «*острый внутрисосудистый гемолиз неясной этиологии. ДВС синдром*», которое появилось в истории болезни 20.09.05 в записи врача-трансфузиолога ОСПК.

Данное нарушение (*острый внутрисосудистый гемолиз неясной этиологии*) возникло **во время оперативного вмешательства и связано, наиболее вероятно с большим оперативным вмешательством**, массивным поступлением в кровоток тканевого тромбопластина и **срыва системы гемостаза с дальнейшим развитием острого ДВС-синдрома**.

Любое тяжелое состояние угрожает развитием ДВС синдрома, что и произошло у больной Степановой А.Б.. .

Следует отметить, что летальность при ДВС синдроме достигает от 30 до 76 %, составляя в среднем около 50 %, не смотря на современные методы лечения. При остром течении ДВС синдрома летальность, разумеется, выше.

Развитие гемолиза у больных после гемотрансфузий может быть связано с иммунными нарушениями – групповая несовместимость эритроцитов донора и реципиента, **чего не было у больной Степановой А.Б. .**

Неиммунных нарушений – разрушение эритроцитов донора вследствие нарушения температурного режима хранения или сроков хранения, подготовки к переливанию, смешиванию с гипотоническим раствором, **также не было у больной Степановой А.Б. .**

К отдаленным последствиям иммунной этиологии относится гемолиз, связанный с повторными трансфузиями больным компонентам крови с образованием антител к антигенам эритроцитов.

Индивидуальный подбор эритроцитарной массы на ОСПК, выполненный у больной Степановой А.Б. **позволяет практически исключить такую угрозу.**

Следует также отметить, что синдром массивных гемотрансфузий практически не наблюдается в настоящее время при использовании вместо цельной крови ее компонентов, к которым относятся свежезамороженная плазма и ЭМОЛТ (эритроцитарная масса, обеднённая лейкоцитами и тромбоцитами).

3.2.3. Длительное существование язвенной болезни, ранее осложнявшееся кровотечением, спаечный процесс в брюшной полости, состояние после удаления селезенки бесспорно оказали негативное влияние на течение основного заболевания и его осложнения в форме внутреннего кровотечения (длительно существовавшего и прерывного во времени) у больной Степановой А.Б.(см . выше п.п. 1.3.1., 1.3.2., 1.3.2.2. СМЭ эпикриза).

3.2.4. Основные принципы трансфузионной терапии выполнялись. Однако, полноту трансфузионной терапии ретроспективно оценить нельзя, так как **не было надлежащего контроля за показателями свертывающей системы крови**, время введение того или иного раствора, медикамента в истории болезни не указано (см. выше п.п. 2.2.2.1. СМЭ эпикриза).

График (посуточный) инфузионно-трансфузионной терапии, проведенной больной Степановой А.Б., в период с 15 – по 21 сен-

тября 2005 года, с оценкой его терапевтического эффекта см. текст на С.С. 26, 27, 32, 33 Раздела II исследовательской части настоящего Заключения.

Вместе с тем, **острый гемолиз, как осложнение трансфузионной терапии** (т.е. за счет вливаний растворов компонентов крови) у Степановой А.Б., **следует исключить** (см. п. 11.1. на С. 27, п. 8.1. на С. 30 Раздела II исследовательской части настоящего Заключения).

3.2.5. Консервативное лечение с указанными выше дополнениями по **антисекреторной терапии** (1-раз) и **обязательной** (но не выполненной) **контрольной диагностикой состояния системы гемостаза** (2-два), могли существенно повысить шансы на спасение жизни больной Степановой А.Б. в силу ремиссии (регресса) осложнения основного заболевания (см. выше, в частности, п. 1.3.2.2., 2.2.2., 2.2.2.1., 2.2.3., 2.5.1., 2.5.3., 2.7.1.. 2.8.1. СМЭ эпикриза).

В то же время необходимо отметить, что полноценное лечение синдрома острой массивной кровопотери, осложненной ДВС-синдромом при столь отягощенном анамнезе, представляет собой крайне сложную задачу, требующую мощного, постоянно действующего лабораторного обеспечения, наличия полного арсенала медикаментов и надлежащей, в этом отношении, **диагностической ориентированности** врачебного персонала.

Другими словами, шансы спасти больную были только в условиях специализированного центра (см. Приложение -1 и Приложение-2 в ТАБЛИЦАХ Экспертного Анализа Медицинской Помощи во ВРЕМЕНИ и МЕСТЕ оказанной больной Степановой А.Б. врачами-специалистами в областях трансфузиологии и хирургии).

Вместе с тем следует повторить, что даже с учетом указанных выше «поправок» в тактике оказания Медицинской Помощи, в частности, в дооперационный период, гарантировать 100%-й благоприятный исход по течению осложнения основного заболевания у Степановой А.Б., не представляется возможным.

3.2.6. Без полноценного исследования системы гемостаза успешное лечение синдрома массивной кровопотери, осложненного ДВС-синдромом практически невозможно.

При отсутствии возможности проведения таких исследований и грамотной интерпретации полученных данных, при отсутствии

показаний к экстренному оперативному лечению, **больные должны экстренно эвакуироваться в специализированные центры** (см. выше предыдущий п.).

Учитывая сказанное, необходимость данного Медицинского Мероприятия (экстренной эвакуации больной ...), должна была быть **информировано разъяснена** больной или её родственникам, врачами ММУ ЦГБ г. М-...а уже **17-18.09.2005 года**.

При условии осуществления данного Медицинского Мероприятия, был бы надлежащим образом реализован один из составляющих элементов положительной оценки Качества Медицинской Помощи (в дальнейшем – КМП) – **преемственность в ведении больного** (см . также о «преемственности» в п. 1.2.3. СМЭ эпикриза).

3.2.7. Надлежащая документальная форма эпизодов отказов от медицинского вмешательства в представленной истории болезни отсутствует.

Хотя отрывочные сведения о такой информации в истории болезни Степановой А.Б. «проходят», что позволяет оценить её, с медико-экспертной точки зрения, только **априорно** (см. п. 2.10.5. СМЭ экспертного эпикриза на С. 68 исследовательской части настоящего Заключение).

ПЕРВЫЙ ОТКАЗ ОТ ОПЕРАЦИИ. Так, на обороте л. 66 истории болезни в деле, на 21.00. 18.09.2005 г. представлена информация об отказе больной от операции в форме фразы, записанной последним предложением в данной дневниковой записи, записанной очевидно дежурным хирургом.

Фраза: « ... *От предложенного оперативного лечения категорически отказалась.*». Далее, очевидно, только подпись врача. Причем графическая фиксация процитированной фразы вызывает те же сомнения, о которых, аналогичным образом было указано выше в ч. четвёртой п. 1.2.2. СМЭ эпикриза.

ОТКАЗ ОТ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ. На обороте л. 67 истории болезни в деле, в записи обхода зав. хирургическим отделением от 19.09.2005 г. (время трудно установить в виду подшивки листов истории болезни в деле), письменно врачом зафиксирован отказ больной от переливания эритроцитарной массы, т.к. больная « ... *боится возможности заражения ВИЧ инфекцией* ...». Далее, очевидно, только подпись врача.

ВТОРОЙ ОТКАЗ ОТ ОПЕРАЦИИ. На обороте л. 70 истории болезни в деле на 17.00. 19.09.2005 г., т.е. после осмотра боль-

ной зав. хирургическим отделением совместно с главным врачом и зам. главного врача, письменно врачами зафиксирована информация о временном отказе больной и родственников от экстренного оперативного вмешательства. В продолжении чего имеется также запись: « ... *О возможных неблагоприятных последствиях предупреждены*». Далее следуют три подписи (три автографа), без указания персоналий.

ТРЕТИЙ ОТКАЗ ОТ ОПЕРАЦИИ. На л. 71 истории болезни в деле на 19.00. 19.09.2005 г. в «концовке» записи дежурного хирурга фраза: « ... *От оперативного лечения больная и родственники отказываются*». Далее следует только одна подпись (очевидно подпись врача).

Таким образом, учитывая выше изложенное, факт **информированности** больной об осознанном отказе от медицинских вмешательств доказательственно, с медико-экспертной точки зрения, констатировать затруднительно.

3.2.8. Проведённый экспертный комплексный (комиссионный) анализ периода времени, соответствующего **послеоперационному ведению** больной Степановой А.Б. позволяет заключить:

- **необходимо было** проводить **неоднократные сеансы лечебного плазмафереза** (плазмообмена), с замещением донорской СЗП (свежезамороженной плазмы) совместно с гепаринотерапией **под контролем коагулограммы каждые 6-8 часов**, что могло привести к окончательному прекращению ДВС-синдрома, и разрешению начинающейся полиорганной недостаточности.

Однако стоит отметить, что следование данной тактике, в частности, в послеоперационный период, стопроцентной гарантии на благоприятный исход дать не могло, но вероятность благоприятного разрешения клинической ситуации, рассматриваемой по данному делу, значительным образом могла бы возрасти.

Иначе говоря, исход мог быть, как равновероятно трагическим (как и произошло), так и равновероятно благоприятным, обусловленным регрессом проявлений ДВС-синдрома.

Вместе с тем, категорично следует указать, что в действительности применённая тактика плазмафереза посредством аппарата «Гемофеникс», в послеоперационном периоде, исключила благоприятный исход. Основание к указанному суждению см. в п. 3.1. на С. 69 исследовательской части настоящего Заключение.

3.2.9. Указанное выше в п.п. 3.2.5. – 3.2.8. следует отнести к дефектам оказания медицинской помощи.

О влиянии их на исход клинической ситуации, рассматриваемой по делу см. в Разделе II исследовательской части настоящего Заключения, а также в ниже приведённых результирующих выводах.

Врач суд.- мед.эксп.	С.Н. КУЛИКОВ	_____
Врач-эксперт	В.А. КОНДУРЦЕВ	_____
Врач-эксперт	И.В. КУРТОВ	_____
Врач-эксперт	М.Н. ЖАРКОВ	_____
Врач-эксперт	И.Н. ЮРЧЕНКО	_____
Врач-эксперт	И.Н. ЧЕРНЫШЕВА	_____
Врач-эксперт	Б.Д. ГРАЧЕВ	_____

См. ниже Приложение-В и Приложение-С по содержанию представленного Заключения ... в ТАБЛИЦАХ Экспертного Анализа Медицинской Помощи во ВРЕМЕНИ и МЕСТЕ оказанной больной Степановой А.Б. врачами-специалистами в областях трансфизиологии и хирургии (альбомный формат).

ПРИЛОЖЕНИЕ -В

ТАБЛИЦА Экспертного Анализа (с дальнейшим - «ГЭА ...»), этапов **Медицинской Помощи (МП)** во ВРЕМЕНИ и МЕСТЕ, оказанной больной Степановой А.Б. врачами-специалистами в области трансфузиологии, (этапы МП: 2.1. - предоперационный этап; 2.3. – послеоперационный этап).

Основное заболевание Степановой А.Б.: – **язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся желудочно-кишечным кровотечением.**

1 Этап МП	2 ВРЕМЯ по краткости выполнения Медицинских Мероприятий (ММ)	3 МЕСТО по краткости выполнения Медицинских Мероприятий (ММ)	4 Действующие врачи- специалисты	5 Результаты диагностики в клиническом процессе		6 Медицинские Мероприятия (ММ)	
				5.1. Фактически было диагностировано	5.2. Оценка факта диагностики (наличие расхождений)	6.1. Выполненные ММ и в связи с ними, прогностический исход	6.2. + Дополнительно показанные ММ (невыполненные), прогностический исход
2.1.	19.09.2005 г. Время: часы, в минуты, в истории болезни не проставлены. См. оборот 66 листа	Отделение ЦГБ г. М. ...- ка в истории болезни не обозначено	Врач- трансфузиолог ЦГБ города М. ...-а	Был выявлен отягощенный трансфузионный анамнез. Назначен индивидуальный подбор ЭМОЛТ (эритроцитарной массы, обесбиченной	Рекомендации даны верно. Однако лабораторного исследования системы гемостаза (коагулограммы) не проводилось.	Отправлена кровь для индивидуального подбора в ОСПК 19.09.05 г. в 12.00. В 19.00. ЭМОЛТ и плазма (СЗП) доставлены.	Необходимо было провести исследование гемостаза (равновесие свертывающей и противосвертывающ ей систем), на

	документа – запись трансфузиолога			лейкоцитами и тромбоцитами) на ОСПК (областная станция переливания крови). Решено: переливание СЗП (свежзамороженной плазмы) проводить при лабораторном подтверждении нарушений в системе гемостаза (система регуляции свертываемости крови).		Данные мероприятия позволяют предотвратить посттрансфузионные осложнения. О вероятностном прогнозе развития основного заболевания только на основании указанных выше ММ судить не представляется возможным.	основании которого решить вопрос о трансфузионной тактике (количество и время введения компонентов донорской крови). О вероятностном прогнозе развития основного заболевания только на основании указанных выше ММ судить не представляется возможным.
2.3.	20.09.2005 г. (без указания времени, см. л. 91 истории болезни)	Отделение АРИТ №1 ЦГБ г. М. ...-а (ОРИТ ЦГБ? – т.е. реанимации и интенсивной терапии)	Врач-трансфузиолог ЦГБ города М. ...-а	Был выставлен диагноз острое «посттрансфузионное гемолитическое осложнение» без проведения дополнительных иммунологических исследований. Рекомендовано проведение плазмафереза.	Диагноз: «посттрансфузионное гемолитическое осложнение» выставлен необоснованно, в связи с отсутствием лабораторного подтверждения (реакция Кумбса). О диагностической сути реакции Кумбса см. ниже в	По проведению консилиума с участием зам.главного врача ЦГБ ... (л. 91 на обороте), вызваны специалисты областной станции переливания крови для уточнения диагноза. Проведены исследования гемостаза. Вызван специалист СОКБ	Проведение плазмафереза было показано независимо от характера гемолита. При проведении плазмафереза с удаляемой плазмой из циркуляции выделяются продукты распада клеток крови, внутренние токсины, ферменты растворяющие ступки крови. Необходимо было

	<p>20.09.2005 г. после действий указанных выше (время в часах и минутах в</p>	<p>Отделение АРИТ №1 ЦГБ г. М. ...а (ОРИТ ЦГБ? – т.е. отделение реанимации интенсивно</p>	<p>Врач- трансфузиолог СОКБ им.М.И.Калинина</p>	<p>Установлено основание для проведения плазмафереза.</p>	<p>Решение принято верное.</p>	<p>им.М.И.Калинина для проведения плазмафереза (врач- трансфузиолог). Назначение (и фактическое проведение в дальнейшем) плазмафереза существенно улучшило прогноз на исход основного заболевания (см. о плазмаферезе в колонке 6.2. таблицы).</p>	<p>проводить (после однократно проведённого сеанса плазмафереза), неоднократные сеансы лечебного плазмафереза (плазмообмена), с замещением донорской СЗП совместно с гепаринотерапией под контролем коагулограммы каждые 6-8 часов. О прогнозе клинической ситуации, в случае проведения дополнительных сеансов плазмафереза, смотри ниже в данной колонке Таблицы.</p>	<p>Совокупность клинической ситуации, на 20.09.2005 г., показывала необходимость повторения</p>
--	--	---	---	---	------------------------------------	--	--	---

<p>истории болезни не обозначено). Однако на обороте л. 94 в верхнем абзаце имеется запись протокола об однократном проведении плазмафереза (протокол - 1). Тотчас ниже, запись, датированная 20.09.2005 г. на 14 час. 30. мин. о проведении лечебного плазмафереза (протокол - 2). Подписи под протоколами разные и неразборчивые.</p>	<p>й терапии)</p>			<p>плазмы и 200 мл альбумина, что привело к кратковременному улучшению клинического состояния. При больной. При дальнейшем наблюдении за больной (очевидно проводившимся не врачом-трансфузиологом из СОКБ им. М.И. Калинина, а врачами ЦТБ г. М. ...-а) было установлено: начала выделяться светлая моча, что свидетельствовало о приостановке внутрисосудистого гемолиза. О чём свидетельствуют, в частности, протоколы записей наблюдений за больной на оборотах л.л. 90, 91, 94, 96 истории болезни..., от 20.09.2005 г. на</p>	<p>плазмафереза, что существенно могло бы улучшить прогноз исхода основного заболевания.</p> <p>С учетом проведения (дополнительно) неоднократных сеансов плазмафереза о вариантах прогноза исхода клинического развития основного заболевания у Степановой А.Б., в этой связи, см. выше в РЕЗЮМЕ трансфузиолога, в конце раздела 2.3.</p> <p>«Анализ материалов дела с применением специальных знаний из области трансфузиологии» исследовательской части настоящей экспертизы.</p>
---	-------------------	--	--	---	--

		<p>20.09.2005 г. После вышеуказанного времени (и очевидно действий, как следует из послевопельности записей врачей на л.л. 94 и 95 в</p>	<p>Отделение АРИТ №1 (очевидно ОРИТ ЦГБ?)</p>	<p>Врач-трансфузиолог и заведующая лабораторией иммунологического титрования тканей «ОСПК» (Областной Станции Переливания Крови). Врач-трансфузиолог</p>		<p>Была выбрана ориентация на тщательный анализ гематологического состояния больной. В этой связи было прописано неотложное проведение ДИАГНОСТИЧЕСКИХ и ЛЕЧЕБНЫХ</p>	<p>Проведение неотложных ДИАГНОСТИЧЕСКИХ и ЛЕЧЕБНЫХ мероприятий было прописано правильно. Отрицательная проба Кумбса свидетельствовала о том, что гемолиз не был связан с</p>		<p>8.00., 14.30., 18.00., о том, что выделялась моча бурого цвета на 8.00, а на 14.30., 18.00., т.е. очевидно после плазмафереза – выделялась моча обычного цвета. Учитывая данную клиническую ситуацию, только при однократном проведении плазмафереза ожидать благоприятный исход было маловероятно.</p>	<p>Каких-либо свидетельств, в представленной по делу истории болезни, о повторном проведении больной Степановой А.Б. в период после 14 час. 30 мин. 20.09.2005 г., и фактически вплоть до момента констатации смерти больной 20.09.2005 г. (как</p>
--	--	---	---	--	--	---	--	--	--	---

<p>истории болезни). Запись врачей из ОСПК (две подписи), на л. 95 истории болезни, без указания часов и минут.</p>		<p>«ОМО ОСПК»</p>	<p>мероприятий, в частности, по лечению: «...I) объёмный плазмаферез с возмещением ОЦК СЗП, альбумином ...». Назначено (и проведено в дальнейшем) повторное исследование крови большой на наличие антиэритроцитарных антител, проведена проба Кумбса (метод определения антител на поверхности эритроцитов, которые вызывают их разрушение).</p>	<p>переливанием донорских компонентов крови. Данная отрицательная проба свидетельствовала о том, что у больной не было, в данное время, «предрасположенности» к перелитым кровезамещающим растворам и компонентам крови.</p>	<p>(7час. 35 мин. 21.09.2005 г.) проводили, по предписанным показаниям (врачей-трансфузиологов ОСПК), интенсивную терапию по форсированию диуреза (мочегонения) и восполнению объёма циркулирующей крови путем проведения внутривенных переливаний кровезамещающих растворов и компонентов крови.</p>	<p>можно проследить по истории болезни), вплоть до момента констатации смерти её в 7 час. 35 мин. 21.09.2005 г., о повторном проведении лечебного плазмафереза, нет. В данном случае о прогнозе исхода основного заболевания, в сложившейся клинической ситуации, см. выше в данной колонке Таблицы.</p>
---	--	-------------------	--	--	--	---

Врач-эксперт- М.И. ЖАРКОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ-С

ТАБЛИЦА Экспертного Анализа (е *далее*йшем - «ГЭА ...»), этапов Медицинской Помощи (МП) во ВРЕМЕНИ и МЕСТЕ, оказанной больной Степановой А.Б. врачами-специалистами в области хирургии, (этапы МП: 2.1. - предоперационный этап; 2.2. – операционный этап; 2.3. – послеоперационный этап).

Основное заболевание Степановой А.Б.: – **язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся желудочно-кишечным кровотечением.**

1	2	3	4	5		6
Этап МП	ВРЕМЯ по краткости выполненных Медицинских Мероприятий (ММ)	МЕСТО по краткости выполненных Медицинских Мероприятий (ММ)	Действующие врачи-специалисты	Результаты диагностики в клиническом процессе		Медицинские Мероприятия (ММ)
				5.1.	5.2.	6.1.
2.1.	15.09.2005 г. Время: 18.40.	Прѣѣмное отделение ЦГБ г. М. ...-а	Врач-хирург, врач-эндоскопист ЦГБ г. М. ...-а	Фактически было диагностировано	Оценка факта диагностики (наличие расхождений)	6.2.
				Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, остановившаяся кровотечение. Оценку кровотечения дали по принятой в клинической		
				Диагностика основного заболевания и его осложнения в форме кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки (форма		
				Выполненные ММ и в связи с ними, прогностический исход		
				основного заболевания		
				+ Дополнительно показанные ММ (невыполненные), прогностический исход		
				основного заболевания, в случае их выполнения		
				И В отношении антисекреторной терапии – более эффективны медикаментозные препараты, относящиеся к группе, так называемых,		

			<p>практике классификации формы желудочно-кишечного кровотечения по Форресту. В данном случае форму проявления кровотечения диагностировали как Форрест 2А. Форрест 2А – это состоявшиеся кровотечения (бывшее) при этом видно наличие в источнике кровотечения тромбированного сосуда, прикрытого рыхлым ступком, с большим количеством изменённой крови со ступками или содержимого типа «кофейной гущи».</p>	<p>кровотечения – Форрест 2А), выполнена верно.</p>	<p>Выстраивать какой-либо прогноз по исходу основного заболевания только относительно проведённой в это время инфузионной терапии, не представляется возможным.</p> <p>Антисекреторная терапия. Антисекреторная терапия была показана, направлена и проводилась для: -снижения кислотности желудочного сока в целях предотвращения растворения им (т.е. желудочным соком), образовавшегося тромба (стуска крови) в очаге, остановившегося на данное время,</p>	<p>блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов и созданных в их развите препараты группы «Ингибиторов Протонового Насоса Желудка» (в дальнейшем – препараты ИПНЖ). Препараты ИПНЖ широко применяются в гастроэнтерологической практике для снижения секреторной функции желудка и заживления язв желудочнокишечного тракта. Например, такие препараты как:го. омепразол, лансопризол, рабепразол и т.п. . Вместе с тем, применение препаратов данной группы необходимо было комбинировать с применением, в частности, сандостатина. Сандостатин –</p>
--	--	--	--	---	---	--

						<p>достаточных оснований прогнозировать или даже ту или иную вероятность рецидива кровотечения у больной и предполагать тенденцию к купированию («заживлению») в области язвы. Существуют более эффективные медикаментозные блокаторы секреторной функции желудка (в комплексе с иными препаратами). Об этом см. в колонке 6.2. таблицы.</p>	<p>свертываемость крови). Об этом свидетельствуют и данные врача-эксперта (трансузиолога), также проанализировавшего о предоперационный этап (но именно на 19.09.2005 г.).</p> <p>Таким образом, неприменение указанных медикаментозных средств в антисекреторной терапии Степановой А.Б., а также не проведение лабораторного контроля и целенаправленной коррекции гемостаза, не давало объективных оснований к прогнозированию благоприятного исхода клинического течения основного заболевания на день</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

		<p>16.09.2005 г. 9.00. (запись врача на обороте л. 63 истории болезни)</p>	<p>Хирургическое отделение ЦГБ г. М. ...-а</p>	<p>Врач-хирург (врач-эндоскопист)</p>	<p>Положительная эндоскопическая динамика. из Форрест 2А – Форрест 2С. Форрест 2С – это состоявшиеся кровотоечения (бывшее) при этом видно в очаге бышето кровотоечения наличие мелких точечных тромбированных капилляров коричневого цвета, не выступающих над</p>	<p>Факт проведенной диагностики состояния «язвенного очага» верен. Проводимое консервативное лечение на данное время говорило за его эффективность.</p>	<p>Было продолжено консервативное лечение в прежнем объеме. В этой связи оценка относительно прогноза развития клинической ситуации та же, что указана выше в данной колонке таблицы.</p>	<p>Необходимо было иметь ввиду возможность развития коагулопатии (нарушения системы свертываемости крови у больной). Признаком осуществления врачом (врачами) процесса дифференциальной диагностики возможной патологии крови у больной</p>
<p>поступления больной в ЦГБ г. М. ...-а.</p>	<p>Выполнение указанных выше ММ (I и II), могло значительно повысить шанс на благоприятный исход основного заболевания (начиная с 15.09.2005 г.).</p>							

	<p>16.09.2005 г., 12.00. (запись врача на л. 64 истории болезни)</p>	<p>Хирургиче ское отделение ЦГБ г. М. ...-а.</p>	<p>Врач-хирург</p>	<p>Уровнем дна (язвы) следы содержимого типа «кофейной гущи» на стенках органа.</p>	<p>Большая отмечает ухудшение состояния, нарастание общей слабости.</p>	<p>Судя по клинике состояния большой, было основание не исключать возможность рецидива кровоотечения.</p>	<p>Перелита СЗП (свежезаморожен ная плазма). В этой связи оценка относительно прогноза развития клинической ситуации та же, что указана выше в</p>	<p>(коагулопатии), служит назначению и проведение ММ по лабораторному исследованию системы гемостаза и соответствующая его коррекция. Подобных данных, отраженных на данное время, в истории болезни нет. Не исключено, что не проведение указанных ММ, повлияло на развитие рецидива кровоотечения и развитие ДВС- синдрома, в дальнейшем.</p>
--	---	--	--------------------	---	---	---	--	--

								рецидив кровотечения (а он, скорее всего, был, как показала ФГС от 19.09.05 г.), то большую необходимо было бы экстренно оперировать. При проведении таких ММ, в данное время, прогноз благоприятного исхода основного заболевания <u>МОГ</u> быть весьма <u>вероятным</u> (но, тем не менее, он не был гарантирован на 100%).
								данной колонке таблицы.
								Предложено оперативное лечение (большая отказалась). Данная информация следует из записи на обороте л. 66 истории болезни, в его верхнем
								Судя по клинике состояния больной, было основанье не исключать возможность рецидива кровотечения.
								У больной отмечают коллапс – т.е. обморочное состояние.
								Врач-хирург
								Хирургическое отделение ЦГБ г. М. ...ч.
								18.09.2005 г. 21.00. (см. нижний абзац л. 66 истории болезни)
								Необходимые, в данное время, и не проведенные, ММ: 1) Эндоскопический контроль, т.е. проведение ФГС (см. о ФГС выше в колонке 6.2. таблицы); 2) Провести

							<p>абазе. Причём фраза об отказе ... записана, возможно «лописана» другим почерком. Было продолжено консервативное лечение по принятой схеме.</p> <p><u>Оснований прогнозировать значительную вероятность благоприятного исхода основного заболевания, без проведения неотложных ММ, в данное время, не было никаких. О неотложных ММ, на данное время, см. в колонке 6.2. таблицы.</u></p>	<p>контроль и целенаправленную коррекцию гемостаза, т.к. в дальнейшем (в скором времени), исходом нарастающей коагулопатии стал ДВС-синдром (Диссеминированное Внутрисосудистое Свертывание крови).</p> <p>При выполнении данных ММ в данное время, можно было ещё, в значительной степени вероятности прогнозировать благоприятный исход основного заболевания у Степановой А.Б. и очень вероятно, что это могло бы профилактисировать, развившийся в дальнейшем, ДВС – синдром (как форму коагулопатии).</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

<p>19.09.2005 г. (с 7.00 по 22.35., см. л.л. 66–88 истории болезни)</p>	<p>Хирургическое отделение ЦГБ г. М. ...-я.</p>	<p>Врач-хирург (врач-эндоскопист)</p>	<p>У больной наблюдали коллапс – обморочное состояние. Наблюдали отрицательную эндоскопическую динамику (Форрест 2С – Форрест 2А). О смысле указанных обозначений (по Форресту ...) см. выше в данной колонке таблицы.</p>	<p>Судя по клинике состояния больной, у последней был рецидив кровотечения, которое вновь самостоятельно остановилось.</p>	<p>Произведены переливания СЗП. ФГС-контроль. Проведён консилиум врачей. См. запись от 19.05.05 г. на 17.00., на л. 69 истории болезни, нижний абзац. Ставились показания к экстренной операции (резекции желудка). Прогноз благоприятного исхода основного заболевания, в случае проведения операции тотчас, по проведению консилиума, может быть благоприятным. Получен отказ от операции по поводу беседы с больной и родственниками (см. на обороте л. 70 истории болезни).</p>	<p>На консилиуме не учитывалась возможность развития тяжелой коагулопатии (этого не видно из записей в протоколе консилиума), не проводилась её соответствующая коррекция (т.е. возможность нарушения регуляции в системе свертываемости крови у больной, см. выше в колонке 6.2. таблицы). Прогноз благоприятного исхода основного заболевания, в случае проведения операции тотчас, по проведению консилиума, может быть благоприятным, особенно с учетом надлежащей профилактики коагулопатии (но в какой части</p>
--	---	---------------------------------------	--	--	---	--

2.2.	19.09.2005 г. Время: 22.35. – 01.50. 20.09.2005 г. (д.л. истории болезни 88, 89).	Хирургиче ское отделение ЦГБ г. М. ...-а.	Врач-хирург Врач анестезиолог- реаниматолог	В ходе операции (лапаротомия – резекция 2/3 желудка, разделения сплек, дренирования брюшной полости), установленный ранее диагноз основного заболевания и его осложнения в форме кровотечения, Обнаружены язва 12перстной кишки и повышенная кровооточивость тканей. Был установлен послеоперационны й диагноз: «... Язвенная болезнь 12перстной кишки, осложнённая кровотечением.	Кровотечение на момент операции остановилось. Можно предполагать развитие, на период проведения операции, системной коагулопатии. В послеоперационно м диагнозе не отражено – продолжается кровотечение или остановлено. В протоколе ведения операции указаны на кровотечение нет.	Хирургическая операция выполнена правильно. Прогноз на благоприятный исход основного заболевания, на данное время, мог быть благоприятный.	благоприятным, из 100% трудно сказать). Не проводился, в данное время, контроль и целенаправленная коррекция гемостаза. О прогнозе исхода основного заболевания см. выше в данной колонке таблицы.
------	---	---	--	--	--	--	--

2.3.	20 - 21.09.2005 г. Время: от 01.50 до 20.09.2005 г. по 7.35. 21.09.2005 г.	Отделение анестезиологии и реаниматологии ЦГБ г. М. ...-а.	Врач-хирург Врач анестезиолог-реаниматолог	<p><i>Рубцовая деформация лукавцы 12перстной кишки по типу несочных часов. Перифудентит. Спаячная болезнь брюшной полости. Анемия тяжелой степени».</i></p> <p>Диагностировали: -острый внутрисудистый гемолиз; - РДСВ (Рефлекторный Дициресс Синдром Взрослых); - острую сердечно-сосудистую недостаточность.</p>	Факт диагностики патологии указанной в колонке 5.1. Таблицы, верен. Очень возможно, что точчас в послеоперационном периоде развился ДВС-синдром. По экспертному анализу проведённому врачом-экспертом, трансфузиологом (см. Приложение-1 об отрицательной пробе Кумбса), очевидно ДВС-синдром не связан	Однократно проведён сеанс лечебного плазмафереза. Проводили инфузионную терапию, инотропную поддержку, ИВЛ (искусственную вентиляцию лёгких). Прогноз на благоприятный исход основного заболевания был очень незначителен, т.е. он был минимален на	Надо было ещё провести следующие ММ (т.е. они были показаны): 1) Контроль и целенаправленная коррекция гемостаза; 2) Повторные сеансы плазмафереза. Последний был проведён только один раз. Этого было явно недостаточно для лечения внутрисудистого гемолиза у больной Степановой А.Б. ...
------	--	--	---	--	---	--	---

ПРИЛОЖЕНИЕ 5.

Нормативный акт (извлечения)

Извлечения из:

Приказа от 26 мая 2008 г. № 111

ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

« ... В соответствии с Законом Российской Федерации от 28.06.1991 N 1499-1 “О медицинском страховании граждан Российской Федерации” и в целях обеспечения и совершенствования организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования на территории субъектов Российской Федерации приказываю:

1. Утвердить прилагаемые Методические рекомендации по организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации).

2. Исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования использовать прилагаемые Методические рекомендации в работе по организации и проведению контроля качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования.

3. Контроль за выполнением Приказа возложить на заместителя директора Федерального фонда обязательного медицинского страхования Е.Н. Сучкову.

И.о. директора
Д.В.РЕЙХАРТ

Не нуждается в государственной регистрации.
Письмо Минюста России от 6 июня 2008 г. N 01/5732-АБ.

Приложение
к Методическим рекомендациям
по организации контроля объемов
и качества медицинской помощи
при осуществлении обязательного
медицинского страхования

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

N	Дефекты
1.	Дефекты, ограничивающие доступность медицинской помощи
1.1.	Необоснованный отказ пациенту в оказании медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС, не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания
1.2.	Необоснованный отказ пациенту в оказании медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС, повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания
1.3.	Необоснованный отказ пациенту в замене лечащего врача (в т.ч. выбор медицинской организации) по заявлению застрахованного
1.4.	Взимание платы с застрахованного (в рамках ДМС или в виде оказания платных услуг) за предоставленную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС, как представленную, так и не представленную к оплате страховщику по “счету-фактуре”
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в “Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств” или в “Формуляр лечения стационарного больного”, согласованного и утвержденного в установленном порядке

N	Дефекты
1.6.	Нарушение права застрахованного в медицинском учреждении на: - <u>добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (в том числе информирование о диагнозе, возможном риске, последствиях и результатах лечения)</u> ; - отказ от медицинского вмешательства; - получение копий медицинской документации; - допуск адвоката и священнослужителя
2.	Дефекты процесса оказания медицинской помощи
2.1.	Нарушение этики и деонтологии медицинскими работниками
2.2.	Ненадлежащее и несвоевременное выполнение или <u>невыполнение необходимых пациенту диагностических</u> и (или) <u>лечебных мероприятий</u> , оперативных вмешательств, повлекшее ухудшение состояния здоровья пациента, инвалидизацию, летальный исход, либо <u>создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания</u> , либо создавшее риск возникновения нового заболевания
2.3.	<u>Невыполнение необходимых пациенту диагностических</u> и (или) <u>лечебных мероприятий</u> , оперативных вмешательств, приведшее к ухудшению состояния здоровья пациента, инвалидизации, летальному исходу, либо <u>создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания</u> , либо создавшее риск возникновения нового заболевания
2.4.	Ненадлежащее, несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, в том числе приведшее к удлинению сроков лечения в амбулаторно-поликлинических условиях или в стационаре
2.5.	Ненадлежащее, несвоевременное выполнение или <u>невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий</u> , оперативных вмешательств <u>в стационаре</u> , амбулаторно-поликлинических условиях (в том числе в условиях дневного стационара)
2.6.	Выполнение сверх стандартов медицинской помощи и неоправданных с клинической точки зрения исследований и вмешательств, приведшее к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения

N	Дефекты
2.7.	Выполнение неоправданных с клинической точки зрения исследований и вмешательств, приведшее к ухудшению состояния пациента, осложнениям течения заболевания, удорожанию стоимости лечения, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.
2.8.	<u>Преждевременное с клинической точки зрения прекращение лечения</u> при недостижении клинического эффекта и/или утяжелении течения заболевания (кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента)
2.9.	Возникшие в период лечения больного в медицинском учреждении травмы, ожоги, внутрибольничные инфекции и другие состояния, расцениваемые как ятрогения
2.10.	Повторное обоснованное обращение пациента за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 10 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 30 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие недостижения результата предыдущего лечения, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой
2.11.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день
2.12.	<u>Нарушение преемственности</u> в лечении, <u>приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья пациента</u> госпитализация) пациента, медицинская помощь которому могла
2.13.	Госпитализация без медицинских показаний (необоснованная быть оказана в полном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях или в дневном стационаре; должна или могла быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация)
2.14.	Необоснованное удлинение сроков лечения (увеличение количества услуг, посещений, койко-дней, пациенто-дней), не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, в том числе и по организационным причинам

N	Дефекты
3.	<u>Дефекты оформления документации в медицинской организации</u>
3.1.	Отсутствие первичной медицинской документации без уважительных причин
3.2.	<u>Дефекты оформления первичной медицинской документации, приведшие к невозможности оценить динамику состояния пациента</u> , объем и характер медицинской помощи
3.3.	Несоответствие данных реестра застрахованных и данных первичной медицинской документации, выявленные при проведении целевой (плановой) экспертизы медицинской документации, выявленные при проведении целевой (плановой) экспертизы
4.	Дефекты оформления учетных статистических форм отчетности
4.1.	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных фактически невыполненных: посещений, койко-дней, пациенто-дней (не подтвержденных первичной медицинской документацией)
4.2.	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных одного страхового случая, услуги два и более раз (дублирование), а также включение медицинской помощи, оказанной пациенту: - в поликлинике, в период его пребывания в круглосуточном или в дневном стационаре; - в дневном стационаре, в период его пребывания в круглосуточном стационаре
4.3.	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС
4.4.	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных медицинской помощи при отсутствии или окончании срока действия лицензии на данный(ые) вид(ы)
4.5.	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных видов медицинской деятельности, не согласованных в установленном порядке

N	Дефекты
4.6.	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных категорий граждан, не подлежащих страхованию по ОМС на территории Российской Федерации
4.7.	Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных оказанной медицинской помощи по тарифам, не соответствующим утвержденным
5.	Прочие дефекты организации ККМП
5.1.	Неполное или неверное заполнение полей идентификации пациента
5.2.	Неправильно указана СМО
5.3.	Диагноз не соответствует полу, возрасту пациента. Возраст пациента не соответствует профилю оказанной медицинской помощи
5.4.	Диагноз не соответствует профилю оказанной медицинской помощи »

ПРИМЕЧАНИЕ:

Настоящий Приказ ... и настоящее Приложение к нему, в силу принятия Приказа ... в мае 2008 года, естественно не действовали на время клинической ситуации, рассматриваемой по делу.

Однако, принципы оценки качества медицинской помощи, элементы, составляющие совокупность надлежащего объёма лечебно-диагностических и организационных мероприятий в процессе оказания медицинской помощи, в зависимости от её клинического профиля, с учётом возможностей лечебного учреждения, не отличались кардинальным образом ни в 2005 году, ни в 2008-м.

Жирным (полужирным) шрифтом в тексте Приложения к Методическим рекомендациям ..., выделены формулировки, относимые к проведённому судебно-экспертному комплексному (комиссионному) анализу клинической ситуации, рассматриваемой по делу (см. выше, в частности, Раздел III – Синтезирующий раздел исследовательской части Заключения...).

ПРИМЕЧАНИЯ

С.6. *«Если хотите, по стилю существования – это «философский Сад Эпикура* (Keros)» ...» - Эпикур* (341 - 271 до н. э.) – древнегреческий философ эпохи эллинизма (период от распада империи Александра Македонского до покорения Греции Римом, конец IV – I веков до н.э.). Являлся основателем собственной философской школы в Афинах («Сады» Эпикура, «Керос» - по гречески - сад). В 306 году до н.э. Эпикур поселился в Афинах, где в купленном им саду со своими учениками проводил свободные философские диспуты. В своей философской школе он развивал теорию материализма, как продолжатель учения Демокрита об атомах и собственную философию этики наслаждений. Эпикур стремился дать практическое руководство для жизни (этику) этому служила физика (натурфилософия), последней - логика. Значительную роль в истории философии Эпикура сыграло этическое учение. В основе эпикурейской морали лежит положение о том, что целью жизни человека является наслаждение, удовольствие. Удовольствие Эпикур понимал не в вульгарном смысле, не как грубое чувственное наслаждение, а как свободу от телесных страданий и душевных тревог, как высшее проявление эстетики духа. Нынче в России, особенно в кругообороте рыночных отношений, имя Эпикура по сути опустили в атрибутику поп-культуры, беря худшие западные образцы. Открылись рестораны и бары «Эпикур», парикмахерские, сауны и бани, наименованные «Сад Эпикура», брачное бюро – «Эпикур», картошка или огурцы сорта «Эпикур» и т.д. . Подобные явления нашей жизни, к философии Эпикура имеют весьма косвенное отношение и являются образчиками примитивизма мышления.

С.6. *«...предмет судебной медицины** ...» - предметом* данной дисциплины является конкретное применение специальных медицинских знаний, в режиме юридического процесса, для целей правовой практики и практики здравоохранения. Иначе говоря, предметом судебной медицины является теория и практика судебно-медицинской экспертизы, т.к. судебно-медицинская экспертиза (как и любая другая судебная экспертиза) прежде всего, есть действие процессуальное, которое складывается из определённых этапов следственных действий. К ним закон относит: назначение (1), организацию (2), производство (3) и оценку (4) заключения эксперта (экспертов). Процессуальные этапы (1-4) сопровождает воля правоприменителя. В этом отношении правоприменителями являются: дознаватель, следователь, прокурор, суд.

С.8. Крюков* *Виталий Николаевич*- (родился в 1930 году). Выдающийся судебный медик России, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор судебной медицины, человек, наделённый лучшими качествами педагога, ученого и практика в предмете своей деятельности. Автор около 200 публикаций, среди которых 7 авторских свидетельств на изобретения, 14 монографий, учебников и справочников, а такие фундаментальные работы, как «Атлас по топографии силовых напряжений в костях при травме тупыми предметами» (1977 г.) и «Основы механо- и морфогенеза переломов» (1995 г.), многотомник - «Диагностикум механизмов и морфологии переломов при тупой травме скелета» (ответственный редактор) не имеют аналогов в мировой судебно-медицинской литературе. В 1972 г. он был избран членом-корреспондентом Международной академии судебной и социальной медицины. На протяжении 15 лет избирался народным депутатом, являлся председателем краевой организации общества «Знание». В 1979 г. избран заведующим кафедры судебной медицины II ММИ, ныне РГМУ. В настоящее время является почетным заведующим кафедрой и ее профессором. Длительное время являлся председателем правления Всесоюзного, затем Всероссийского Обществ Судебных Медиков. 17 докторов и 47 кандидатов медицинских наук являются его учениками, среди которых 15 заведующих кафедрами, 22 доцента и 10 - возглавляют республиканские, краевые и областные бюро судебно-медицинской экспертизы. Профессор В.Н. Крюков награжден орденами Октябрьской Революции, Трудового Красного Знамени (дважды), медалями.

В 1993 году, под его научным руководством автор настоящей монографии (доцент С.Н. Куликов), на то время, ассистент кафедры судебной медицины Куйбышевского государственного медицинского института им. Д.И. Ульянова, защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Судебно-медицинская оценка механизмов травм крупных суставов верхней конечности».

С.8. Саркисян** *Баграг Амаякович*- (родился в 1945 году). Доктор мед. наук (1986), профессор судебной медицины (1989), зав. кафедрой судебной медицины ФУВ АГМУ (с 1986 г.), Заслуженный врач РФ. Окончил лечебный факультет Ереванского медицинского института (1970). В 1970-1971 и в 1973-1975 гг. работал районным судебно-медицинским экспертом в различных районах Армянской ССР. В 1971-1973 гг. служил в рядах Советской армии.

Демобилизовавшись из армии, поступил в клиническую ординатору кафедры судебной медицины Алтайского государственного медицинского института (1975-1977). В 1977 году защитил кандидатскую диссертацию по переломам костей верхних конечностей (научный руководитель, профессор В.Н. Крюков). С 1978 года ассистент кафедры, зав. отделом интернатуры. В 1984-86 гг. – декан лечебного факультета. С 1985 года доцент кафедры. В 1986 году защитил докторскую диссертацию по переломам костей таза. В 1990-1994 гг. и с 2003 г. - декан ФУВ. В 1998-2003 гг. - начальник Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, Главный судебно-медицинский эксперт Алтайского края. Сертифицированный Государственный судебно-медицинский эксперт высшей категории. Член Президиума Всероссийского общества судебных медиков, член научно-учебной методической комиссии при МЗ РФ, сопредседатель межрегиональной ассоциации “Судебные медики Сибири”. Автор 150 научных работ, 14 монографий и руководств: “Атлас. Топография силовых напряжений в костях при травме”, “Диагностикум механизмов и морфологии поврежденных при тупой травме” (7 томов). Б.А. Саркисян прекрасный собеседник, человек, обладающий высокими душевными качествами.

С.11. Марков* *Валериан Андреевич* - (родился в 1927 году). Видный криминалист, ученый и практик в предмете своей деятельности (кандидат юридических наук, доцент права). Человек высокой культуры и глубочайшего обаяния. Из его монографии опубликованной в 2007 году (представленной нами в списке литературы) известны следующие биографические сведения. В начале Великой Отечественной войны 15-летним подростком В.А. Марков был направлен добровольцем, в знаменитую на весь Советский Союз Соловецкую школу юнг. Из школы юнг, в 17 лет, В.А. Марков был определён на фронт театра боевых действий на море. Сначала на Северный Флот, затем на Черноморский (во Вторую Краснознаменную бригаду торпедных катеров Черноморского Флота), затем в состав Дунайской флотилии торпедных катеров, с установленными на них «катюшами», в составе которой он дошёл до столицы Австрии Вены. За ратные подвиги в годы войны, В.А. Марков многократно отмечен правительственными наградами (медалями «За оборону Советского Заполярья», «За взятие Будапешта», «За взятие Вены» и т.д.). После войны он продолжает военную службу на флоте в составе Шестого Краснознаменного Керченского дивизиона морских охотников. Однако давняя мечта о работе в право-

охранительных органах, приводит его в г. Куйбышев, где он успешно окончил в 1958 году факультет Всесоюзного юридического заочного института. С 1959 г. В.А. Марков работает экспертом-криминалистом в созданной при его непосредственном участии Куйбышевской научно-исследовательской лаборатории судебных экспертиз Министерства юстиции СССР. С 1964 г. в Красноярске он начинает свою научно-педагогическую деятельность в Красноярском филиале Томского государственного университета, а затем – в созданном на его базе Красноярском государственном университете. По окончании аспирантуры в 1971 году, защищает кандидатскую диссертацию по редкой, по тем временам теме: «Криминалистическое исследование документов, отпечатанных на специальных печатающих аппаратах». В 1972 году, В.А. Марков с супругой, возвращается в г. Куйбышев, где работает в дальнейшем, в должности доцента на кафедре уголовного процесса и криминалистики Самарского государственного университета. Он автор более 40 опубликованных научных работ, в том числе трёх учебных пособий. В 2001 году В.А. Маркову присвоено звание «Почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации».

В 1998 году, под его научным руководством, автор настоящей монографии, на то время уже доцент кафедры судебной медицины Самарского ГМУ С.Н. Куликов и тогда же студент юридического факультета Самарского государственного университета, защитил диплом в процессе окончания второго высшего (юридического) образования, по теме: «Тактика осмотра места происшествия по делам об убийствах».

С.13. *«Ещё Лев Толстой, высказал великую фразу*, выразив её в романе «Война и мир» ...»* - речь идёт о высказывании Пьера, в его разговоре с Наташей, о проблемах взаимоотношений людей в обществе и государстве. На странице 742, главы XVI, тома IV, издания романа «Война и мир» 1960 года (Москва, учебно-педагогическое издательство Министерства просвещения РСФСР), имеется текст, следующего содержания: «... Пьер сказал то, что начал. ... - Я хотел сказать, только, что все мысли, которые имеют огромные последствия, - всегда просты. Вся моя мысль в том, что ежели люди порочные связаны между собой и составляют силу, то людям честным надо сделать только тоже самое. Ведь как просто. ...».

С.14. *«Данное положение Закона РФ*, не могут (точнее упорно не хотят) признать некоторые наши коллеги судебные медики,*

*в частности, называющие себя «практиками». ...» - имеется ввиду, в частности, ст. 41 Федерального Закона «О Судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» 2001 года. Положения ст. Закона содержат следующее: « ... **Статья 41. Распространение действия настоящего Федерального закона на судебно - экспертную деятельность лиц, не являющихся государственными судебными экспертами***

В соответствии с нормами процессуального законодательства Российской Федерации судебная экспертиза может производиться вне государственных судебно - экспертных учреждений лицами, обладающими специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами.

На судебно - экспертную деятельность лиц, указанных в части первой настоящей статьи, распространяется действие статей 2, 4, 6 - 8, 16 и 17, части второй статьи 18, статей 24 и 25 настоящего Федерального закона.».

Это не считая кодифицированного права, содержащего в соответствующих нормах уголовного, гражданского и административного процессов, положения регулирующие производство судебно-экспертной деятельности в РФ.

С.14. *«...закрывающемся в произвольной аберрации** права ...» - термин «аберрация» обозначает отклонение от нормы, искажение. В данном случае термин использован к наблюдаемому нами явлению искажения права в рассматриваемом вопросе, что может происходить или от поверхностного знания предмета, или от произвольного и целенаправленного искажения норм права.*

С.14. *«... какой бы околонучной мудрёной схоластикой*** это не прикрывалось...» - схоластика, или «схоластическая средневековая экзегеза», что относится к предмету толкования Библии, сложившегося в контексте западноевропейской. средневековой схоластики («экзегеза» от древнегреческого- «истолкование, изложение»-раздел богословия, в котором истолковываются библейские тексты, первоначальный смысл которых затемнён вследствие их давности или недостаточной сохранности источников). Слово «схоластика» происходит от греч. «scol» (школа), поскольку схоластическое богословие развивалось главным образом в университетах и монастырских училищах. Схоластика сочетала дог-*

260

матическую веру в непререкаемый авторитет Библии на основе рационально-философского метода изложения и аргументации. Позднее, начиная с эпохи Ренессанса, термин «схоластика» приобрел негативный смысл, как синоним рассудочного, сухого и формального подхода к богословию. В нашем высказывании, термин применён, как образно оценочный, относительно рассматриваемого явления – заметному существованию косвенных попыток отстранения представителей преподавательского состава кафедры, от текущей судебной-экспертной практики, соответственно их образовательному и должностному положению.

С.15. *«...Фантастический проект «Наутилуса» Жюль Верна XIX века, люди материализовали почти полностью через 85 лет*, после выхода в свет его знаменитого литературного произведения «Восемьдесят тысяч километров под водой»**...»:*

- научно-фантастический роман французского писателя и географа Жюль-Верна (Жюль Габриэль Верн -1828 -1905 г.г., классик приключенческой литературы), «80 000 тысяч километров под водой», был опубликован в 1869 году. Изображенный в романе фантастический подводный корабль Жюль Верна «Наутилус», движимый силой электричества, имел неограниченный ресурс подводного хода, где передвигался в многокилометровых океанских глубинах со скоростью курьерского поезда. Повествование в романе ведётся со слов одного из его пассажиров, профессора Пьера Ароннакса;

- В 1954 году была заложена, а в 1955 году в плавание вышла первая в мире субмарина с атомным двигателем. Это была атомная подводная лодка “Наутилус” США, по сути, почти прямой прообраз «Наутилуса» Жюль Верна (по тактико-техническим данным). Американский “Наутилус” установил ряд рекордов, в частности, рекорд дальности хода в подводном положении. В 1958 году эта субмарина первой достигла Северного Полюса. СССР ненамного отстал от США: первая советская атомная подводная лодка. “Ленинский Комсомол” была заложена в 1954 году, спущена на воду в 1957 году, а в 1959-м - вступила в строй. “Ленинский Комсомол” стал первым советским атомным подводным кораблем, достигшим Северного полюса и первым кораблем в мире, всплывшим в точке Северного полюса (1962). Судьбы этих двух кораблей похожи. В 1980 году американский “Наутилус” был выведен из состава ВМФ США и на нем был создан мемориал. “Ленинский Комсомол” ушел в “запас” в 1991 году, на нем также планируется создать музей.

Однако современные атомные подводные лодки ещё не могут достигать многокилометровых океанских глубин, как «Наутилус» Жюль Верна.

С.16. Бердяев* *Николай Александрович* (годы жизни: Киев 1874 г. -1948 г. Париж), русский религиозный философ. Родился в дворянской семье, имевшей по женской линии родство с французским герцогским домом де Шуазель. В 1884-1894 гг. учился в Киевском кадетском корпусе. Увлёкся философией Канта, Шопенгауэра, Гегеля. Окончил кадетский корпус, поступил на естественный факультет Киевского университета. Затем перешел на юридический, но не оставил занятия философией. Кроме нее увлекся творчеством Достоевского, Толстого, Ибсена, Ницше, очень интересуется марксизмом. В дальнейшем, разочаровавшись в политической деятельности, сосредоточился на религиозно-культурном просвещении, сблизившись с литераторами русского ренессанса начала XX века - Д. С. Мережковским, З. Н. Гиппиус, В. И. Ивановым. В 1907 г. издал книгу «Новое религиозное сознание и общественность», в которой попытался соединить «относительную правду» социализма, с «абсолютной правдой» христианства. Октябрьскую революцию 1917 года Н.А. Бердяев считал возмездием за старые грехи России. Осенью 1922 г. он был выслан из Советской России за границу. Жил в Берлине, затем в Париже, где основал в 1925 г. журнал «Путь» и выпускал его до 1940 г. Руководил издательством Христианского союза молодежи. Нападение Германии на Советский Союз Бердяев переживал очень болезненно, но, несмотря на неудачи первого периода войны, он с самого начала непоколебимо верил в стойкость русского народа. В последние годы жизни Н. А. Бердяев работал над своей философской автобиографией. Он глубоко верил в обновление России. В основе этого обновления Бердяев видел восстановление прерванных культурных традиций, регенерацию духовной свободы, принципа самоценности, суверенности личности и её способности к нравственному творчеству в этическом процессе познания. Эти принципиальные философские установки, отражены во многих его последних произведениях, например, в книгах: «Истоки и смысл русского коммунизма» -1937 г.; «О назначении человека. О рабстве и свободе человека» - 1939 г. .

С.16. Александр и Ольга Филимоновы**- выпускники Самарской Государственной Архитектурно-строительной Академии (2000 года и 2005 года). Профессиональное применение специ-

альных знаний: архитектура, промышленный дизайн, дизайн среды. Лауреаты международного проекта «*Captain Holland*» *NAI Rotterdam*. Реализация проекта в Роттердаме, 2006 год. Призёры презентаций авторских проектов дизайна в архитектуре: проект «*Gekebolij*», летний павильон архитектуры и дизайна, (Новосибирск) - 2007 год; проект «Дом из/за 100 долларов США», (ЦДА Москва) - 2008 год. Авторы-организаторы арт-инсталляции «Светозавр-маяк острова Голодный», (Самара), фестиваль современного искусства «Правый берег» - 2008 год. Авторская (персональная) выставка архитектурно-художественных концепций «Игры в архитектуру», (Самара) - 2009 год.

С.18. *Рудольф Гесс** - (1894-1987 г.г.). С этим субъектом причудливо связаны основные проявления мировой политики второй половины XX века, астрология и шпионаж. Однако, более всего привлекает интерес деяние в его биографии, связанное пожалуй с самым загадочным эпизодом Второй мировой войны (1939-1945 г.г.). Рудольф Гесс – эта одна из наиболее одиозных личностей нацистских правителей Германии, заместитель Гитлера, его ближайший друг и советчик. Он в одиночку предпринял неожиданный «вояж» в Шотландию (на территорию враждебной Великобритании). На этот шаг Гесса, по всей вероятности, натолкнула его убеждённость в том, что бритты - нордические племена - должны в глубине души симпатизировать арийскому делу и их возможно уговорить встать на сторону Германии. Это является одной из вероятных версий данного события. Другие версии – рассматриваются П. Педфилдом в его историко-документальной монографии, о чём мы упоминаем в первой главе своей работы. Однако известно, что история сложилась не в пользу фашисткой Германии. По приговору Нюрнбергского процесса, в 1946 году, Гесс, как ни странно, не был приговорён к высшей мере наказания, а был заключён в тюрьму городского округа Берлина – Шпандау, где только в 1987 году его настигла смерть, обстоятельства наступления которой до сих пор являются не совсем выясненными.

С.18. *Фабула*** - фактическая сторона повествования, тех событий, случаев, действий, состояния в их причинно-следственной, хронологической последовательности, которые komponуются и оформляются автором в сюжете основы закономерностей, усматриваемых автором в развитии изображаемых явлений.

С.18. *Бонза**** (франц.- *bonze*, в япон.- *бодзу*) - в Японии и прочих странах Азии название главного монаха в храме. В европейской литературе этим словом называли любого буддистского монаха вне зависимости от его ранга. В переносном смысле бонзой называется чванливый чиновник или кто-то, кто ведёт себя чересчур важно и серьёзно, как настоящий бонза.

С. 20. *Асфиксия** - (греч. *asphyxia*, буквально - отсутствие пульса) - удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислоты в крови и тканях, например, при сдавливании дыхательных путей извне (удушение), закрытии их просвета отёком и т.д. . В судебной медицине при диагностике причин насильственной смерти асфиксию рассматривают, как причину смерти от механического задушения (механической асфиксии). В этой связи, выделяют виды механической асфиксии: странгуляционная механическая асфиксия (различные способы сдавления органов шеи), обтурационная механическая асфиксия (механическое нарушение просвета дыхательных путей), компрессионная механическая асфиксия (сдавление грудной клетки и живота при различных обстоятельствах).

С.23. «... самоудавление чаще встречается в странах, где казнь через удавление (*garot**) даёт о том достаточное представление и, так сказать пример ...» - у Э.Гофмана «*garot*», точнее **гарро та** (от исп. *garrote, dar garrote* - закручивание, затягивание; казнить) - испанский способ казни через удушение. Первоначально гаррота представляла собой петлю с палкой, при помощи которой палач умервщлял жертву. С течением времени она трансформировалась в металлический обруч, приводившийся в движение винтом с рычагом сзади. Перед казнью осуждённый привязывался к стулу либо столбу; на голову ему надевался мешок. После исполнения приговора мешок снимали, чтобы зрители могли видеть лицо жертвы. В период завоевания и разрушения индейских цивилизаций Южной Америки испанскими конкистадорами в XVI веке, гаррота получила распространение в испанских колониях. В 1828 году, в Испании отменили смертную казнь через повешение и ввели гарроту, как единственный законный способ казни для уголовных преступников. Последняя казнь гарротой произведена в 1974 году. В 1978 году высшая мера наказания в Испании была полностью отменена. В Германии этот способ смертной казни традиционно не применяли.

С.24. Тардьё* *Огюст-Амбруаз* (Auguste-Ambroise Tardieu, 1818-1879 г.г.) - профессор в Париже, один из самых замечательных представителей и двигателей судебной медицины во Франции периода Второй Империи (1852-1870 г.г.). В 1864 г. Тардьё был назначен деканом Парижской медицинской школы, в 1866 г., встал на сторону министра Дюрюи (Дюрюи- с 1863 до 1869 г. министр народного просвещения Франции), в строгостях против студентов, участвовавших в оппозиционных правительству манифестациях. После чего он почувствовал утрату своего влияния на слушателей и оставил звание декана, сохранив только профессию. Тардьё поставил преподавание судебной медицины на прочную научную почву и связал её с практическими занятиями в морге. Тардьё участвовал в ряде громких и сложных судебных процессов по Франции, и много сделал для усовершенствования судебно-медицинской экспертизы. Это создало для него положение авторитетного научного судьи по самым сложным и требующим глубокой вдумчивости вопросам медицинского характера. В частности, он указал способы и приемы исследования отравлений, не оставляющих видимых повреждений во внутренних органах, и дал подробную и новую картину весьма редкого случая отравления дигиталином. Наряду с этим шел непрерывный ряд судебно-экспертных заключений Тардьё по делам о вытравлениях плода, о детоубийстве и в особенности о преступлениях против нравственности. Результатом этих трудов явились сочинения: “О вытравлении плода”, “О детоубийстве”, “О преступлениях против нравственности”, снабженные рисунками, таблицами и богатейшим казуистическим материалом. Наконец, особого внимания заслуживают его сочинения о разных родах задушения. По отношению к задушению Тардьё с особой тщательностью изучил и описал явления со стороны запирательных мышц пузыря и прямой кишки, сопровождаемые параличом, а также в психической сфере человека, испытывавшего на себе не имевшее смертельного исхода задушение. Точечные кровоизлияния на поверхности легких, впервые распознанные им и получившие название «пятен Тардьё», считаются одним из важных признаков смерти от задушения, независимо от вида механической асфиксии. Во всех судебно-медицинских трактатах Тардьё следует отметить то особое внимание, которое он обращал на разработку правильных понятий о роли судебного эксперта в юридическом процессе и его профессиональных обязанностях.

С.24. Общеасфисические признаки** - в судебной медицине определен ряд общих морфологических признаков **быстро наступившей смерти**, которые ещё в судебной медицине называют **общеасфисическими**, что устанавливается при исследовании трупа, когда смерть наступает от острого кислородного голодания. К ним относят:

- цианоз лица кожных покровов, прежде всего лица и шеи. Развивается практически всегда, но в ряде случаев может быстро исчезнуть вследствие стекания крови по сосудам в нижерасположенные участки тела;

- развиваются обильные разлитые, интенсивной синюшно-багровой или багрово-фиолетовой окраски трупные пятна. Последние начинают проявляться в период времени около 1-2 часа после наступления смерти;

- точечные кровоизлияния в конъюнктивах век, наиболее густо расположенные на переходных складках;

- жидкое состояние крови в сосудах и в полостях сердца (допускается присутствие в полостях сердца мелких рыхлых свертков крови в незначительном количестве);

- при исследовании как трупов мужчин, так и трупов женщин - следы непроизвольной дефекации, мочеиспускания; при исследовании трупов женщин - выталкивание слизистой пробки из отверстия шейки матки; при исследовании трупов мужчин - семяизвержение;

- переполнение кровью правой половины сердца. Обусловлено возникновением большего сопротивления току крови;

- венозное полнокровие внутренних органов;

- отек ткани внутренних органов и их оболочек;

- пятна Тардые - точечные темно-красные кровоизлияния, локализующиеся под плеврой (чаще междолевой и диафрагмальной) и под наружной оболочкой сердца (чаще на задней её поверхности);

- точечные темно-красные кровоизлияния в тканях внутренних органов и под их оболочками;

- почти во всех случаях при гистологическом исследовании во внутренних органах, обнаруживают экстравазаты (мелкоточечные кровоизлияния).

С.25. Фемида* - Темида, Темис - богиня правосудия в древнегреческой мифологии. Дочь Урана и Геи, титанида, вторая законная супруга Зевса. По одной из версий, Фемида является матерью Прометея, при этом она явно сближается с землей Геей и мыслится одним бо-

жеством под разными именами. Как богиня олимпийской мифологии Фемиде уже не отождествляется с землей, а является ее порождением, а также супругой Зевса в качестве основы правопорядка. После того, как она перестала быть женой Зевса, Фемиде стала его советницей и посредницей между Зевсом и людьми. Она передавала им повеления верховного бога. Фемиде изображают с повязкой на глазах, как символ беспристрастия, с мечом и весами в руках (иногда - с рогом изобилия). Весы - древний символ меры и справедливости. На весах правосудия взвешиваются добро и зло, поступки, совершенные смертными при жизни. Посмертная судьба людей зависела от того, какая чаша перевесит. Меч в руках Фемиде - символ возмездия. Он обоюдоострый, поскольку закон не только карает, но и предупреждает.

С.26. *Табу** - термин, заимствованный из религиозно-обрядовых установлений, распространённых, в частности, среди племён папуасов Полинезии (*Полинезия* - группа островов Океании, расположенных в центральной части Тихого океана), и ныне принятый в этнографии и социологии для обозначения системы специфических религиозных запретов. Генезис этих запретов кроется в суеверном стремлении первобытного человека оградить всякое разумное, с его точки зрения, религиозное правило или запрет целым рядом параллельных запретов в совершенно посторонних областях, руководствуясь либо простой аналогией с основным запретом, либо желанием оградить основной запрет от даже самой отдалённой возможности нарушения. В переносном смысле «табу» означает вообще всякий запрет, нарушение которого обычно рассматривается как «угроза» обществу.

С. 28. *Ст.ст. 61 и 63** “УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ”, (УК РФ), от 13.06.1996 N 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.1996), действующая редакция:

- **Статья 61. Обстоятельства, смягчающие наказание.**

1. Смягчающими обстоятельствами признаются:

а) совершение впервые преступления небольшой тяжести вследствие случайного стечения обстоятельств;

б) несовершеннолетие виновного;

в) беременность;

г) наличие малолетних детей у виновного;

д) совершение преступления в силу стечения тяжелых жизненных обстоятельств либо по мотиву сострадания;

е) совершение преступления в результате физического или психического принуждения либо в силу материальной, служебной или иной зависимости;

ж) совершение преступления при нарушении условий правомерности необходимой обороны, задержания лица, совершившего преступление, крайней необходимости, обоснованного риска, исполнения приказа или распоряжения;

з) противоправность или аморальность поведения потерпевшего, явившегося поводом для преступления;

и) явка с повинной, активное содействие раскрытию преступления, изобличению других соучастников преступления и розыску имущества, добытого в результате преступления;

к) оказание медицинской и иной помощи потерпевшему непосредственно после совершения преступления, добровольное возмещение имущественного ущерба и морального вреда, причиненных в результате преступления, иные действия, направленные на заглаживание вреда, причиненного потерпевшему.

2. При назначении наказания могут учитываться в качестве смягчающих и обстоятельства, не предусмотренные частью первой настоящей статьи.

3. Если смягчающее обстоятельство предусмотрено соответствующей статьей Особенной части настоящего Кодекса в качестве признака преступления, оно само по себе не может повторно учитываться при назначении наказания.

- Статья 63. Обстоятельства, отягчающие наказание.

1. Отягчающими обстоятельствами признаются:

а) неоднократность преступлений, рецидив преступлений;

б) наступление тяжких последствий в результате совершения преступления;

в) совершение преступления в составе группы лиц, группы лиц по предварительному сговору, организованной группы или преступного сообщества (преступной организации);

г) особо активная роль в совершении преступления;

д) привлечение к совершению преступления лиц, которые страдают тяжелыми психическими расстройствами либо находятся в состоянии опьянения, а также лиц, не достигших возраста, с которого наступает уголовная ответственность;

е) совершение преступления по мотиву национальной, расовой, религиозной ненависти или вражды, из мести за правомерные

действия других лиц, а также с целью скрыть другое преступление или облегчить его совершение;

ж) совершение преступления в отношении лица или его близких в связи с осуществлением данным лицом служебной деятельности или выполнением общественного долга;

з) совершение преступления в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, а также в отношении малолетнего, другого беззащитного или беспомощного лица либо лица, находящегося в зависимости от виновного;

и) совершение преступления с особой жестокостью, садизмом, издевательствами, а также мучениями для потерпевшего;

к) совершение преступления с использованием оружия, боевых припасов, взрывчатых веществ, взрывных или имитирующих их устройств, специально изготовленных технических средств, ядовитых и радиоактивных веществ, лекарственных и иных химико-фармакологических препаратов, **а также с применением физического** или психического **принуждения** (*выделение текста наше – С.Н. Куликов*);

л) совершение преступления в условиях чрезвычайного положения, стихийного или иного общественного бедствия, а также при массовых беспорядках;

м) совершение преступления с использованием доверия, оказанного виновному в силу его служебного положения или договора;

н) совершение преступления с использованием форменной одежды или документов представителя власти.

2. Если отягчающее обстоятельство предусмотрено соответствующей статьей Особенной части настоящего Кодекса в качестве признака преступления, оно само по себе не может повторно учитываться при назначении наказания.

С. 29. Потапов Сергей Михайлович – (1873-1957 г.г.), доктор юридических наук, профессор права. Один из пионеров советской криминалистики. Область научных исследований – теория криминалистической идентификации, криминалистическая экспертиза, судебная фотография. Для многогранной деятельности С. М. Потапова наиболее характерна неразрывная связь науки и практики. Окончив в 1896 г. юридический факультет Московского университета, С. М. Потапов четыре года состоял кандидатом на судебные должности, а затем около двенадцати лет исполнял обязанности судебного следователя Новгородского и Петербургского окружных судов. В 1912 г. он был назначен помощником управляющего Петер-

бургским кабинетом научно-судебной экспертизы, а в 1914 г. возглавил аналогичный кабинет, созданный в Киеве. В те же годы началась преподавательская деятельность С. М. Потапова. Он активно участвует в создании кабинетов криминалистики в Училище правоведения и в Военно-Юридической Академии. Научная, практическая и преподавательская деятельность С. М. Потапова плодотворно развернулась после Октябрьской революции 1917 года. С. М. Потапов - один из авторов первых советских учебников по криминалистике, изданных в 1935 и 1938 гг. В течение ряда лет он руководил криминалистической лабораторией в Институте права АН СССР. С. М. Потапов внес большой вклад в дело организации экспертных учреждений, много интересных и талантливых экспертиз он провел за свою долгую жизнь. Почти нет разделов криминалистической техники, в которые он не внес бы крупного вклада. Судебная фотография, судебное почерковедение, техническое исследование документов, уголовная регистрация - в каждом из названных разделов труды С. М. Потапова сохранили свое значение до наших дней. На книгах С. М. Потапова по судебной фотографии, первая из которых была издана в 1926 г., воспитывалось не одно поколение советских криминалистов. Особенно тесно имя С. М. Потапова связано с теорией криминалистической идентификации. Он заложил ее основы, впервые сформулировал ее принципы. Отдельные положения этой теории критиковались, что, однако, не умаляет заслуг С. М. Потапова как ее основоположника.

С.35. *«...не подвергшиеся бальзамации* ...»* - бальзамирование - это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение гниение трупа. Процедура бальзамации заключается в пропитывания органов и тканей умершего специальными химическими веществами, препятствующими разложению. В зависимости от конкретного случая, выбирается состав раствора для бальзамирования и способ введения реактива, в большинстве случаев делается небольшая операция в области крупных сосудов. Данному процессу подвергают также отдельные органы (ткани), изъятые из трупа, с целью приготовления макропрепаратов для учебных целей. В рассматриваемой нами проблеме, для «чистоты» эксперимента, например, с изъятими из трупа фрагментами опорно-двигательной системы, последние не подвергают какой-либо бальзамации, чтобы не изменять их физические свойства (упругость, плотность и т.д.).

С.37. « ... на основе априорной* информации ...» - априори (лат. a priori - буквально «от предшествующего») - знание, полученное до опыта и независимо от него (*знание априори, априорное знание*). Этот философский термин получил важное значение в теории познания и логике благодаря Канту. Идея знания априори связана с представлением о внутреннем источнике активности мышления. Учение, признающее знание априори, называется *априоризмом*. Противоположностью априори является *апостериори* (лат. a posteriori - от последующего) - знание, полученное из опыта (*опытное знание*). В современной философии априори (как и апостериори) считается видом дескриптивного знания. Вне философского контекста это выражение часто употребляется как синоним «по существу», «первоначально» («заранее»); «бездоказательно»; «умозрительно»; «по умолчанию».

С.39. « ... тиски излишних формальностей..., очевидно, необоснованно тормозят процесс и так или иначе могут превратить его в «Сизифов* труд». ...» - «Сизифов труд» - так называют всякую бесцельную, нескончаемую, нелепую работу. История фразы исходит из древнегреческой мифологии. Коринфский царь Сизиф, как утверждали древние греки, был великим хитрецом. Непокорный гордец, он все время обманывал богов и издевался над ними. Он выдал людям тайны богов, ставшие ему известными. Зевс послал к нему Смерть, но он и Смерть заковал в цепи, и люди стали бессмертными. Победив, в конце концов Сизифа, боги назначили ему суровую казнь. Он был обречен все время катить в гору огромный камень. Едва камень достигал вершины, он срывался и обрушивался к подножию холма. Дело надо было начинать вновь и вновь. Наказание Сизифа было страшно не столько трудностью, сколько бессмысленностью его работы. Из содержания этого мифа возник навеки запоминающийся образ нелепого труда.

С.47. « ... Гегель* ...» - (Hegel) Георг Вильгельм Фридрих (1770-1831), немецкий философ, создавший на объективно-идеалистической основе систематическую теорию диалектики. Ее центральное понятие - это развитие в абсолюте. Это есть характеристика деятельности абсолюта (мирового духа), его сверх временного движения в области чистой мысли в восходящем ряду все более конкретных категорий. Философские категории Гегель рассматривал в следующей последовательности. Бытие, ничто, становление,

качество, количество, мера. Далее- сущность, явление, действительность, понятие, объект. Саморазвитие духа по Гегелю, идет по трем ступеням. 1) «субъективный дух»-индивидуальное человеческое сознание. 2) «объективный дух»- это человеческое общество, и три главные формы его: право, нравственность, государство. 3) «абсолютный дух» - включает искусство, религию, философию. Дух есть нечто единое и целое, но находящееся в процессе развития, перехода от низменного к высшему. Движущей силой развития духа Гегель считает диалектическое противоречие субъекта и объекта мысли и предмета. Преодолевая это противоречие, дух прогрессирует в сознании своей свободы. Об историческом процессе Гегель говорил, что История – это « ...прогресс духа в сознании свободы ...», последовательно реализуемый через «дух» отдельных народов. Осуществление демократических требований мыслилось Гегелем в виде компромисса с сословным строем, в рамках конституционной монархии. Основные сочинения: «Феноменология духа», 1807; «Наука логики», 1812-16; «Энциклопедия философских наук», 1817; «Основы философии права», 1821 и т.д. . Так, например, в философии права Гегеля, преступление есть нечто неразумное, неистинное также и потому, что оно противоречит понятию человека как существа разумного, могущего действовать подлинно свободно. Преступление есть такая неправда, которую человек насильственно и открыто ставит на место «права в себе». В связи с этим Гегель писал, что вор, насильник, не создает внешней видимости права, которое создается в обмане и принуждении. Кто совершает преступление, например, воровство, причинение физического вреда, тот отрицает не только особенное право другого лица на владение вещью, на обладание правом на жизнь, но и отрицает вообще даже умозрительное «право» самого вора, или убийцы. Поэтому преступника не только обязывают отдать назад украденную им вещь, возместить ущерб, но и, кроме того, подвергают ещё наказанию, потому, что он нарушает право как таковое. Согласно этому наказание является не только средством восстановления нарушенного права, но и правом самого преступника, заложенным уже в его деянии - поступке «свободной личности». На этой ступени, когда личность абстрактного права становится субъектом свободной воли, впервые приобретают значение мотивы и цели поступков субъекта. Требование субъективной свободы состоит лишь в том, чтобы о человеке судили по его самоопределению, т.е. не по словам, а по делам его. Лишь в поступке субъективная воля достигает

объективности и, следовательно, сферы действия закона. Сама же по себе моральная воля ненаказуема.

С.74. Дирак* - английский физик Поль Адриен Морис Дирак (1902-1984 гг.), родился в семье уроженца Швеции Чарлза Адриена Ладислава Дирака, учителя французского языка в частной школе, и англичанки Флоренс Ханна Дирак. Сначала Дирак учился в коммерческом училище в Бристоле, а потом изучал электротехнику в Бристольском университете, который окончил в 1921 г. со степенью бакалавра наук. Еще в университете он заинтересовался теорией относительности Альберта Эйнштейна и в течение двух лет сверх обычного курса изучал математику. Дирак получил Нобелевскую премию по физике 1933 г. за научные работы по открытию новых продуктивных форм атомной теории. Дирак много путешествовал, побывал в университетах Японии, Советского Союза и Соединенных Штатов. С 1932 г. и до ухода в отставку в 1968 г. он был профессором физики в Кембридже (ту же кафедру некогда занимал Исаак Ньютон). После того как Дирак оставил Кембридж, он был приглашен во Флоридский университет, профессором которого оставался до конца жизни.

С. 165. Креативность* - это (от лат. creatio - созидание) - творческие способности индивида, характеризующиеся готовностью к продуцированию принципиально новых идей и входящие в структуру одаренности в качестве независимого фактора. В частности, креативность включает в себя повышенную чувствительность к проблемам, к дефициту или противоречивости знаний, действия по определению этих проблем, по поиску их решений на основе выдвижения гипотез, по проверке и изменению гипотез, по формулированию результата решения. Для содействия развитию креативного (творческого) мышления могут использоваться учебные ситуации, которые характеризуются незавершенностью или открытостью для интеграции новых элементов, при этом учащихся поощряют к формулировке множества вопросов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авилов В.* Сибирский кулак. Новые возможности боевого самбо. – М.: «Издательство ФАИР», 2007. -350 с.
2. *Анатомия человека: Учебник /Под ред. М.Р. Сапина, Г.Л. Билича.* – М.: «ОНИКС-Альянс-В», 2001. – Книга 1. - 462 с. . Книга 2.- 430 с. .
3. *Артёмова А.Н.* Критерии возможного прогнозирования в судебно-медицинской диагностике тяжести нанесения вреда здоровью при диафизарных переломах бедра, не опасных для жизни //Сборник тезисов докладов 71-й итоговой конференции СНО. – Самара: СамГМУ, 2003. – С.15-16.
4. *Бабич Б.К.* Травматические вывихи и переломы. – Киев, 1968. – 475 с.
5. *Баешко А.А.* // *Ангиол. и сосудистая хирургия.* – 2001. – Т. 7, №1. – С.105-119.;
6. *Буачидзе О.Ш. Оноприенко Г.Н., Волошин В.П., Зубиков В.С.* и др. Эндопротезирование крупных суставов конечностей в сложных анатомических условиях // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* – 2004. - №10. – С. 45-49.
7. *Бердяев Н.А.* Истоки и смысл русского коммунизма. – М.: «Наука», 1990. - 221 с. .
8. *Бердяев Н.А.* О назначении человека. О рабстве и свободе человека. - М.: «ХРАНИТЕЛЬ», 2006.- С. 283. - 639 с. .
9. *Блохас Ц.В.* Врачебно-экспертная оценка повреждений таза и нижних конечностей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1956.- 23с.
10. *Большая Советская Энциклопедия.* Т.16, третье издания. - М., изд. «Советская энциклопедия», 1974. - Ст. 478-484.
11. *Большая Советская Энциклопедия.* Т.30, третье издание. - М., изд. «Советская энциклопедия», 1978. - Ст.81.
12. *Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т. / АМН СССР].* Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – Т. 18, ст. ст. 1404 – 1406.
13. *Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т. / АМН СССР].* Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – Т. 24, ст.ст. 266 – 272.
14. *Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т. / АМН СССР].* Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд.- М.: Советская энциклопедия, 1986.- Т. 25. – Ст. 1598. .
15. *Большая медицинская энциклопедия: [В 30-ти т. / АМН СССР].* Гл. ред. Б.В. Петровский. – 3-е изд.- М.: Советская энциклопедия, 1986. - Т.28, ст. ст. 852-855 – ЭПИКРИЗ.
16. *Вельмякин В.Н.* Боевое САМБО и рукопашный бой для спец. войск. – Рязань, 1993. – 171 с.
17. *Волкова Н.М.* Судебно-медицинская характеристика поврежде-

ний верхних конечностей и оценка их тяжести: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1961. – 19 с.

18. *Волкова Н.М., Максимов П.И.* Судебно-медицинская экспертиза повреждений конечностей. - Кишинев, 1968.

19. *Гаспаров М.П.* Занимательная Греция. - М., 2004. - 296 с. .

20. *Гедыгушев И.А.* Судебно-медицинская экспертиза при реконструкции обстоятельств и условий причинения повреждений (методология и практика). – М., 1999. – 215 с.

21. *Грандо А.А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. – Киев: «Выща школа», 1988. – С.157. – 169 с.

22. *Громов А.П.* Курс лекций по судебной медицине. – М., изд. «Медицина», 1970. – С. 188.

23. *Громов Н.А., Зайцева С.А.* Оценка доказательств в уголовном процессе. – М., 2002. – 124 с.

24. *Гуревич Н.Я., Губарь Л.Н.* и др. Осложнения травматической болезни частота, особенности, причины развития) // Вестн. хир. – 1989. - № 5. – С. 64-68.

25. *Даль В.* Толковый словарь живого великорусского языка. Том 2. – М., 1989. – С. 323.

26. *Десятов В.П.* Очерки судебной медицины (курс лекций). Повреждения, причиняемые невооруженным человеком. – Томск, 1975. – С. 72-74.

27. Дисциплины по выбору студента (элективы). / Под ред. проректора по учебной работе, член-кор.-та РАМН, проф. П.Ф. Литвицкого. - Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, М., 2002. – 118 наименований тем элективов по перечню.

28. *Ермолович В.Ф.* Криминалистическая характеристика преступления. – Минск, изд. «АМАЛФЕЯ», 2001. – С. 10-35.

29. *Зайцев Ю.В., Школьников Ю.К.* Словарь античности. - М., изд. «ЭКСМО-Пресс», 2002. - 296 с. .

30. *Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш.* // Ангиол. и сосудистая хирургия. – 2002. – Т.8, № 1. – С. 17-20.

31. *Зуйков Г.Г.* Методы криминалистического исследования. – М., 1986. – С. 114.

32. Инструкция Мин.обороны СССР. Наставление по стрелковому делу. - М., 1954. - 68 с.

33. *Исаков В.Д.* Теория и методология ситуалогической экспертизы (для судебных экспертов и юристов) – СПб.: Реноме, 2008. – 132 с.

34. *Казарезов М.В., Королева А.М., Головиёв В.А.* *Контрактуры.* – Новосибирск, 2002. – С. 288-289.

35. *Капустин А.В.* Об экспертной оценке силы удара тупыми предметами //Суд. мед.эксперт. – 1999. - № 1. –С. 18-20.

36. *Китайгородский А.И.* Введение в физику. – М., 1973. – 688 с.

37. *Клевно В.А.* Состояние судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации и задачи по совершенствованию экспертных исследований при оценке качества медицинской помощи // *Материалы Всероссийского совещания судебных медиков «Организационные и методические проблемы судебно-медицинской экспертизы качества медицинской деятельности, роль и задачи Бюро судебно-медицинской экспертизы при оценке качества медицинской помощи» Самара, 29 июня - 1 июля 2005 года /Под общей ред. В.А. Клевно, А.П. Ардашкина. – Самара: ГОУ ВПО «СамГМУ», 2005. – С.3-21.*

38. *Клевно В.А.* Проблемы судебно-медицинской экспертизы живых лиц в современном уголовном судопроизводстве // *Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и др. лиц: тез. докл. Всероссийской научно-практической конф. – Москва-Рязань: РИО ГОУ ВПО «РГМУ им. акад. И.П. Павлова Росздрава»; РИО ФГУ «РЦСМЭ Росздрава», 2007. – С. 3-8.*

39. *Клевно В.А., Колкутин В.В., Попов Л.В., Заславский Г.И.* Комментарий к нормативно правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека. – М.: Юридический центр пресс, 2008. – 213с.

40. *Клевно В.А.* Нормативные правовые документы, регулирующие порядок определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека. Сборник. – М.:Эютар-Медиа, 2009. -64с.

41. *Козлов В.В.* Судебно-медицинское определение тяжести телесных повреждений. – Саратов, 1976. – С.129-135.

42. Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации (постатейный) / Под ред. А.Б. Борисова. – М.: «Книжный мир», 2002. – 1159с..

43. Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации (постатейный) / Л.Н. Башкатов, Б.Т. Безлепкин, В.М. Боровский, С.А. Шейфер и др. . Отв. ред. И.Л. Петрухин. - М., изд. «Проспект», 2003. – С.С. 129 -131, 281-285, 307-324, 399.

44. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. В.М. Лебедева, 3-е изд. доп. и испр. - М., «Юрайт – Издат», 2004. Комментарий ст. ст. 111, 264.

45. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации /Под ред. В.К. Дюнова, Л.Л. Кругликова. – М.:«Волтерс Клувер», 2005. Комментарий ст. ст. 111, 264.

46. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. Н.Г. Кадникова. – М., 2005. Комментарий ст. ст. 111, 264.

47. *Корнилов В.А., Губарь Л.Н., Целбуля Г.Н.* Осложнения и исходы травматической болезни в клинике / Травматическая болезнь. – Л., 1987. – С. 273-287.

48. Консервативное лечение травм у спортсменов /Под ред. Томаса Е. Хайда, Мэрианн С. Генгенбах: Пер. с англ. канд. мед. наук Б.В. Гусева. – М.: «Медицина», 2005. – 761 с.

49. *Котельников Г.П., Чеснокова И.Г.* Травматическая болезнь. – М.:«Медицина», 2002. – 154 с.
50. *Краснов А.Ф., Мирошниченко В.Ф., Котельников Г.П.* Травматология: Учебник. – М., 1995. – 455 с.
51. Криминалистика: Учебник / Под ред. А.Н. Васильева. - М., 1963.- 574 с.
52. Криминалистика: Учебник / Под ред. Н.П. Яблокова. – М., 1996. - 689 с.
53. Криминалистика: Учебник / Под ред. А.Г. Филишова. – М., 2005- 731с.
54. *Куликов С.Н.* Судебно-медицинская оценка механизмов травм крупных суставов верхней конечности: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – 29 с.
55. *Куликов С.Н.* Судебно-медицинская оценка механизмов травмы крупных суставов верхней конечности //Суд. мед. эксперт. – 1994. - № 1. – С. 18-23.
56. *Куликов С.Н.* Судебно-медицинская оценка самоповреждений дистальных отделов конечностей от воздействий тупыми предметами // Материалы IV Всероссийского съезда судебных медиков. Проблемы идентификации в теории и практике судебной медицины. – Москва-Владимир, 1996. – С.153-154.
57. *Куликов С.Н.* Значение судебно-медицинской оценки отдельных повреждений стопы в формировании экспертных версий их происхождения //Суд. мед. эксперт. – 1996. - № 4. – С. 12-13.
58. *Куликов С.Н.* Судебно-медицинская оценка поверхностных повреждений мягких покровов тела от воздействий некоторыми тупыми предметами //Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Выпуск III. – Новосибирск «Ассоциация судебных медиков Сибири», 1998. – С. 172-173.
59. *Куликов С.Н.* Значение судебно-медицинской экспертной версии в криминалистической характеристике преступления против жизни и здоровья // Вопросы судебной медицины, медицинского права и криминалистики. Сборник научных трудов /Под ред. В.В. Сергеева, А.А. Тарасова. – Самара; СамГМУ, 1999. – С.49-54.
60. *Куликов С.Н., Шмелёв И.А.* Аспекты моделирования экспериментальных повреждений в научном изучении и экспертизе механо- и морфогенеза тупой травмы опорно-двигательного аппарата. История. Перспективы // Вопросы судебной медицины и права. Сборник научных трудов / Под ред. В.В. Сергеева, А.П. Ардашкина, А.А. Тарасова. – Самара; СамГМУ, 2000. – С.103-109.
61. *Куликов С.Н.* Правовые и морально-этические особенности осуществления экспериментальных исследований в судебно-медицинской травматологии //Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации. Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. – Москва-Астрахань. – 2000. – С.58.-49.

62. *Куликов С.Н.* Аспекты судебно-медицинской оценки механики и морфологии повреждений акромиальной части ключицы от воздействия невооруженного человека // Вопросы судебной медицины и права: Сборник научных трудов / Под ред. В.В. Сергеева, А.П. Ардашкина, В.В. Мудракова, А.А. Тарасова. – Самара: СамГМУ, 2001. – С. 151-155.

63. *Куликов С.Н.* Значение дополнительной судебно-медицинской экспертизы «обзорного характера» по материалам уголовных дел, относящихся к расследованию обстоятельств «серийных убийств». - // Вопросы судебной медицины права: Сборник научных трудов / Под ред. В.В. Сергеева, А.П. Ардашкина, В.В. Мудракова, А.А. Тарасова. – Самара: СамГМУ, 2001. С. 156-160.

64. *Куликов С.Н.*, *Шмелёв И.А.* О дифференциальной судебно-медицинской диагностики шейного болевого синдрома // Суд.- мед. эксперт. – 2001. – № 4. - С. 45-47.

65. *Куликов С.Н.*, *В.Б. Клеинёва* Судебно-медицинская оценка опорно-двигательной функции кисти в экспертизе реконструкции событий // Судебная медицина в практике экспертной деятельности: Сборник научно-методических трудов для студентов юридических факультетов / Под ред. С.Н. Куликова. – Самара: Изд.- во СИБиУ, 2004. – С. 40-55.

66. *Куликов С.Н.*, *Куликов М.А.* К вопросу научного планирования экспериментальных исследований в судебно-медицинской травматологии // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Новосибирск, 2004. – С.53-57.

67. *Куликов С.Н.*, *Куликов М.А.* Возможности и критерии судебно-медицинской диагностики тяжести вреда здоровью при закрытых переломах бедра, не опасных для жизни // Судебная медицина в практике производства экспертной деятельности: Сборник научно-методических трудов для студентов юридических факультетов / Под ред. С.Н. Куликова. – Самара: Изд.-во СИБиУ, 2004. – С. 74-80.

68. *Куликов С.Н.*, *Толоконников В.К.*, *Куликов О.С.* К вопросу применения судебно-медицинского компонента в построении криминалистической характеристики отдельных преступлений против личности // Актуальные вопросы судебной медицины, криминалистики, уголовного и гражданского процесса. Сборник научных трудов Самарского гос. проф.-педагог. колледжа / Под ред. С.Н. Куликова, В.К. Толоконникова. – Самара: изд. центр СГППК, 2004. – С.30-38.

69. *Куликов С.Н.* Судебно-медицинская оценка повреждений от воздействий атипичными острыми предметами // Материалы научно-практической конференции судебно-медицинских экспертов, посвящённой 60-летию образования государственных судебно-экспертных учреждений министерства обороны Российской Федерации на территории Приволжско-Уральского военного округа. – Самара, 2005. – С.157-160..

70. *Куликов С.Н.* К процессу судебно-экспертной деятельности, выполняемой с применением специальных знаний из различных отраслей

медицины //Материалы Всероссийского совещания судебных медиков «Организационные и методические проблемы судебно-медицинской экспертизы качества медицинской деятельности, роль и задачи Бюро судебно-медицинской экспертизы при оценке качества медицинской помощи». Самара, 29 июня - 1 июля 2005 года /Под общей ред. В.А. Клевно, А.П. Ардашкина. – Самара: ГОУ ВПО «СамГМУ», 2005. – С.78-83.

71. *Куликов С.Н.* Аспекты организации и производства комиссионных и комплексных судебных экспертиз, выполняемых с применением специальных медицинских знаний //Вопросы управления качеством медицинской помощи. – Самара: «СОМИАЦ», 2005. - № 1(3). – С.69-72.

72. *Куликов С.Н.* Судебно-медицинская идентификация способов причинения повреждений опорно-двигательной системы вооруженным человеком //К юбилею Н.А. Бокариуса. Сборник научных трудов. – Харьков, 2006. – С.129-131..

73. *Куликов С.Н. , М.А. Куликов* Принцип «Аналогии права» в процессе судебно-медицинской оценки тяжести вреда здоровью //К юбилею Н.А. Бокариуса. Сборник научных трудов. – Харьков, 2006. – С.131-133..

74. *Куликов С.Н.* К вопросу рациональной последовательности проведения следственного и экспертного экспериментов в судебно-медицинских исследованиях по реконструкции событий //Вопросы судебной медицины и медицинского права: Сборник научных трудов, посвященный 85-летию кафедры судебной медицины Самарского государственного медицинского университета /Под ред. А.П. Ардашкина, В.В. Сергеева. – Самара: ООО «Офорт»; ГОУ ВПО «СамГМУ», 2006. – С. 56-60.

75. *Куликов С.Н., Куликов М.А.* К проблеме судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью по фактам закрытых переломов длинных трубчатых костей //Вопросы управления качеством медицинской помощи. – Самара: «СОМИАЦ», 2006. - № 1(5). – С.60-66.

76. *Куликов С.Н.* К проблеме судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью по фактам закрытых переломов длинных трубчатых костей //Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и др. лиц. Сборник тезисов докладов Всероссийской научно-практической конференции. – Москва-Рязань: РИО ГОУ ВПО «РГМУ им. акад. И.П. Павлова Росздрава»; РИО ФГУ «РЦСМЭ Росздрава», 2007. – С.119-121.

77. *Куликов С.Н.* Проблемы судебно-медицинской идентификации отдельных способов причинения повреждений опорно-двигательной системы тупыми предметами //Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и др. лиц. Сборник тезисов докладов Всероссийской научно-практической конференции. – Москва-Рязань:РИО ГОУ ВПО «РГМУ им. акад. И.П. Павлова Росздрава»; РИО ФГУ «РЦСМЭ Росздрава», 2007. – С.121-123.

78. *Куликов С.Н.* Судебно-медицинская диагностика механики травм, как экспертная идентификация способа причинения повреждений

опорно-двигательной системы невооруженным человеком // Инновационные здоровьесберегающие технологии населению Самарской области (сборник научных трудов СМИ «РеаВиЗ». – Самара: НОУ ВПО Самарский медицинский институт «РеаВиЗ», 2007/2008. – С.214-219.;

79. *Куликов С.Н.* Судебно-медицинская идентификация способов причинения локальных травм опорно-двигательной системы в юридическом доказывании обстоятельств преступления // Вопросы судебной медицины, медицинского права и биоэтики: сборник научных трудов [Текст] /под редакцией А.П. Ардашкина, В.В. Сергеева. – Самара: Кредо, 2008. – С.78-87.

80. *Куликов С.Н.* Судебно-медицинский компонент юридического процесса доказывания формы вины в следственных прецедентах по уголовным делам, возбуждаемым по признакам составов преступлений, относящихся к обстоятельствам медицинской деятельности // Вопросы судебной медицины, медицинского права и биоэтики: сборник научных трудов [Текст] /под редакцией А.П. Ардашкина, В.В. Сергеева. – Самара: Кредо, 2008.- С.216-225.

81. *Куликов С.Н., Куликов О.С.* Гражданского иска длительностью 15 лет, по факту причинения вреда здоровью, могло не быть //Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы трупа, часть 2. Сборник пленарных и стендовых докладов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 90-летию Санкт-Петербургского ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (Санкт-Петербург, 5-6 июня 2008г.). – СПб., 2008. – С. 112-125.

82. *Куликов С.Н., Куликов О.С.* К проблеме технологии производства медицинских экспертиз по материалам дел о правонарушениях в медицинской деятельности //Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы трупа, часть 2. Сборник пленарных и стендовых докладов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 90-летию Санкт-Петербургского ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (Санкт-Петербург, 5-6 июня 2008г.). – СПб., 2008. – С.99- 112.

83. *Куликов М.А.* К вопросу судебно-медицинской диагностики тяжести вреда здоровью при закрытых переломах бедра не опасных для жизни // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики: Материалы VI съезда Всероссийского общества судебных медиков. - Москва – Тюмень, 2005. – С 180-181.

84. *Куликов М.А.* Медико-экспертные аспекты диагностики тяжести вреда здоровью при закрытых переломах бедра //Вопросы управления качеством медицинской помощи. – Самара: «СОМИАЦ» 2006. - № 1(3). – С.73-75.

85. *Куликов О.С.* Критерии нормы опорно-двигательной функции кисти в судебно-медицинской оценке отдельных обстоятельств причинения повреждений //Сборник тезисов докладов 71-й итоговой конференции СНО. – Самара: СамГМУ, 2003. – С.105-106.

86. *Куликов О.С.* Судебно-медицинская оценка механики ударных воздействий невооруженной кистью методом многофакторного эксперимента //Сборник тезисов докладов 72-й итоговой конференции СНО. – Самара: СамГМУ, 2004. – С. 147.

87. *Куликов О.С., Выборнов В.Н.* Судебно-медицинская оценка повреждений от воздействий атипичными колюще-режущими предметами. //Сборник тезисов докладов 73-й итоговой конференции СНО. – Самара: ООО «Офорт»; ГОУ ВПО «СамГМУ», 2005. – С. 155.

88. *Куликов О.С.* Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью по исходу тотального эндопротезирования тазобедренного сустава //Сборник тезисов докладов 74-й итоговой конференции СНО «Человек и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты российской науки». – Самара: ООО «Офорт»; ГОУ ВПО «СамГМУ», 2006. – С. 159-160.

89. *Куликов О.С.* Медико-криминалистическая оценка условий причинения повреждений методом экспериментальной реконструкции //Сборник тезисов докладов XXXVII научной конференции студентов СамГУ. – Самара, 2006. – С.68-69.

90. *Куликов О.С.* К вопросу судебно-медицинской оценки тяжести вреда здоровью при травматических переломах шейки бедра // Судебная медицина в юридическом процессе / Под ред. С.Н. Куликова, В.К. Толоконникова. – Самара: ГОУ «СГППК», 2006. – С.98-107.

91. *Куликов О.С.* Судебно-медицинская оценка исходов эндопротезирования тазобедренного сустава по фактам внутрисуставных переломов шейки бедренной кости //Сборник материалов I Всероссийской (75-й Итоговой) студенческой научной конференции «Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты». – Самара: ООО «Офорт»; ГОУ ВПО «СамГМУ», 2007. – С. 185-186.

92. *Куликов О.С.* Модель судебно-медицинской идентификации способа противодействия невооруженной кистью выстрелу из пистолета «ТТ» // Сборник тезисов докладов XXXVIII научной конференции студентов СамГУ. – Самара, 2007.- С.72-73.

93. *Куликов О.С.* Медико-правовые аспекты судебно-медицинской экспертизы по фактам исходов закрытых внутрисуставных переломов шейки бедра, не опасных для жизни // Материалы XXXIII Самарской областной студенческой научной конференции. Часть II. Гуманитарные науки. – Самара, 2007, - С. 77-78.

94. *Куликов О.С.* Технология построение исследовательской части судебно-медицинской экспертизы, выполняемой с применением специальных знаний из различных отраслей медицины // II Всероссийская (76-я Итоговая) студенческая научная конференция «Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты», посвященная 85-летию Студенческого Научного Общества СамГМУ. – Самара: ООО «Офорт»; ГОУ ВПО «СамГМУ», 2008. – С. 145.

95. *Кустов В.М., Нечуева И.Б.* Жировая эмболия: Феномен, осложнение, синдром и ...? (Обзор литературы). // Анн. травматол., ортопед. – 1997. - № 3-4.- С. 68-79.

96. *Лакин Г.Ф.* Биометрия. – М.: Высшая школа, 1980.

97. *Лихойванов К.В., Солодовщиков В.В.* Возможности и критерии судебно-медицинской диагностики тяжести вреда здоровью при закрытых переломах бедра не опасных для жизни //Сборник тезисов докладов 72-й итоговой конференции СНО. – Самара: СамГМУ, 2004.- С. 156-157.

98. *Лихойванов К.В., Солодовщиков В.В., Комарова Н.В.* Судебно-медицинская оценка неблагоприятных исходов при закрытых переломах костей голени //Сборник тезисов докладов 73-й итоговой конференции СНО. – Самара: ООО «Офорт»; ГОУ ВПО «СамГМУ», 2005. – С. 160.

99. *Малеина М.Н.* Человек и медицина в современном праве. – М., изд. «Бек», 1995. – С. С.43-45, 146-147.

100. *Макаров А.Д.* Историко-философское введение. - М., изд. «МЫСЛЬ», 1967. - 422 с. .

101. *Марков В.А.* Криминалистические экспертизы (назначение, методика исследования). – Самара: Самар. гуманит. акад., 2007. – 177 с. .

102. Методические рекомендации «Об организации производства комплексных экспертиз в судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации». Утверждены на 19-м заседании ФМКМС по судебной экспертизе и экспертным исследованиям 13.12.2007 г. – М., 2007. – 11с.

103. *Мицкевич Е.Е., Жилиев А.А., Попова Т.П.* // Вестн. травматологии. ортопед. – 1999. - №4. – С.38-43.

104. *Назаретян К.Л.* К вопросу о судебно-медицинской оценке переломов бедренной кости // Сб. тр. Бюро. Гл. СМЭ и каф. суд. мед. Ереванского мединститута. - Ереван, 1961. – Вып. 3. – С. 205-210.

105. *Наумов А.В.* Практика применения Уголовного кодекса Российской Федерации: коммент. судеб. практики и доктрин. толкование /Под ред. Г.М. Резника. – М.: Волтерс Клувер, 2005. – 1024 с.

106. Нервные болезни: Учебник /Под ред. В.В. Михеева, П.В. Мельничук. – М., 1981.- 543 с.

107. *Нуждин В.И., Попова Т.П., Бовашев А.С. Мунина Л.И.* // Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии. – М., 2003. – С. 153-154.

108. *Ожегов С.И., Шведова Н.Ю.* Толковый словарь русского языка (4-е издание, дополненное. 80 000 слов и фразеологических выражений). – М.: ООО «Издательство ЭЛПИС», 2005. – С.С. 438, 757, 839.

109. Основы судебной медицины (пособие для студентов медицинских институтов) /Под общ. ред проф. Н.В. Попова. – Москва-Ленинград, «Медгиз», 1938. – С. 97.

110. *Педфилд П.* Рудольф Гесс сподвижник Гитлера. – Смоленск, 1998. - С.С. 527 - 534.

111. *Петри А., Сэбин К.* Наглядная статистика в медицине /Пер. с англ. В.П. Леонова – М.:ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С. 29-31, 45-47, 70-71.

112. *Петров М.* Спецприёмы рукопашного боя (практическое пособие). – Минск, 2008. – 283 с.

113. *Полубенцева Е.И., Г.Э. Улумбекова, К.И. Сайткулов* Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 60с.

114. Построение судебно-медицинского диагноза, клинико-анатомического эпикриза и алгоритмы экспертной диагностики повреждений: Методическое пособие /Под ред. Б.А. Саркисяна, В.Э. Янковского, А.И. Зорькина и др. . – Барнаул, 2003. – С. 9 -14.

115. *Попов В.Л.* О необходимости единого содержания основных понятий при экспертизе тяжести вреда здоровью // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и др. лиц: тез. докл. Всероссийской научно-практической конф. – Москва-Рязань: РИО ГОУ ВПО «РГМУ им. акад. И.П. Павлова Росздрава»; РИО ФГУ «РЦСМЭ Росздрава», 2007. – С. 147-150. .

116. Постановление Правительства РФ от 23 апреля 1994 г. № 392 «Об утверждении Положения о порядке установления врачебно-трудовыми экспертными комиссиями степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, работникам, получившим увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанные с исполнением ими трудовых обязанностей».

117. Постановление Правительства РФ от 17 августа 2007 г. № 522 об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

118. Правила «Установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», утверждённые Постановлением Правительства РФ от 16 октября 2000 г. № 789 (в ред. Постановления Правительства РФ от 01.02.2005 № 49, с изм., внесёнными определением Верховного Суда РФ от 08.04.2003 № КАС 03-132).

119. Приложение № 1 к Постановлению Минтруда России от 18 июля 2001 г. № 56 о временных критериях определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

120. Приказ № 161 от 24 апреля 2003 г., Министерства здравоохранения Российской Федерации (подпункты 8.8.10., 8.8.11., п. 8.8., Раздела VIII Инструкции по организации и производству экспертных исследований в Бюро судебно-медицинской экспертизы).

121. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 года № 194н об утверждении «Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека». Вступили в силу по истечении 10 дней после

дня официального опубликования. Источник публикации: «Российская газета» за 05.09.2008 г.

122. Пункты 7, 12, 35 ПРАВИЛ судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений 1979 г., (утв. Приказом Минздрава СССР от 11 декабря 1978 г. № 1208, согласованы с Прокуратурой СССР, Верховным Судом СССР, Минюстом СССР, МВД СССР, КГБ СССР). Правила применялись в части, не противоречащей новому Уголовному кодексу РФ, вступившему в силу с 1 января 1997 г., новому Уголовно-процессуальному кодексу РФ, вступившему в силу с 1 июля 2002 г.

123. Пункты 15, 41 ПРАВИЛ судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью в Приложении 2 к Приказу Минздрава РФ от 10 декабря 1996 г. № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз».

124. Пункт 17 раздела Перечня Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Перечня утративших силу приказов Минздрава РСФСР, Минздравмедпрома России и Минздрава России по разделу: «Организация и развитие медицинской помощи населению», об отмене Приказа № 407 Минздрава России от 10.12.96 г. Приказом Минздрава РФ от 21 марта 2003 № 119.

125. *Райский М.И.* Судебная медицина для студентов и врачей. – М., изд. «Медгиз», 1953. – С.210-211.

126. *Розенблат В.В.* Выносливость к статическим напряжениям как антропометрический показатель. – М.: Медицина, 1964. – 189 с.

127. Руководство по статистике в медицине и биологии. В 2-х томах / Под ред. проф. Ю.М. Комарова. Том 2. Прикладная статистика здоровья / Медик В.А., Фишман Б.Б., Токмачёв М.С. – М.: Медицина, 2001. – С. 180-186.

128. *Савельев В.С.* // Хирургия. – 1999. - №6. – С.60-63.

129. *Сапожников Ю.С.* Криминалистика в судебной медицине.- Киев, 1970. – С.12. .

130. *Симонов К.* Женщина против пистолета //Боевое искусство планеты. – 2004. - №4. – С.58-63.

131. *Смирнова Н.Н.* Уголовное право: учебное пособие (общая и особенная части). – СПб.: Изд.-во Михайлова В.А., 2002. – С. 11-37. – 254 с. .

132. Спортивная травматология / Под ред. Д. Шойлева: Пер. с болгар. – София, 1986. – 192 с.

133. Ст. 2 Федерального закона «Об образовании», (в ред. Федеральных законов от 13.01.1996 № 12-ФЗ; от 16.11.1997 N 144-ФЗ; от 20.07.2000 N 102-ФЗ; от 07.08.2000 N 122-ФЗ).

134. Ст.ст. 1-3, Федерального закона “О высшем и послевузовском профессиональном образовании” от 22 августа 1996 г. N 125-ФЗ (с изменениями, внесенными Федеральными законами от 09.02.2007 N 17-ФЗ и от 23.07.2008 N 160-ФЗ, вступили в силу с 1 января 2009 года).

135. Структура и построение судебно-медицинского диагноза: Мето-

дическое пособие /Под ред. В.А. Башмакова, Г.Т. Бугуева, А.И. Зорькина и др. .- Барнаул-М., 1991. – С. 12-13.

136. Судебная медицина для врачей и юристов: сочинение доктора медицины Эрнста Бухнера /Под ред. д-ра мед. С.Ловцова. – Санкт-Петербург, Типография Императорской Академии Наук (Вас. Остр., 9 лин., № 12), 1870. – С. 1, (278 с.).

137. Судебная медицина: Учебник /Под ред. В.Н. Крюкова. - М., 1998. - 462 с.

138. Судебная медицина: Учебник /Под ред. В.Л. Попова. – СПб.: Питер, 2002. – С.С.88, 150 -151.

139. Судебная медицина: Учебник для юридических вузов / Под ред. В.Н. Крюков. – М.: Норма, 2005. – С.С., 154-173, 324-326.

140. Судебная медицина: Учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 350600 «Судебная экспертиза» / Под ред. С.Ф. Шадрина, С.И. Гирько, В.Н. Николаева и др. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - С.11-16. - 656 с. .

141. Судебная медицина в схемах (общая и особенная части). Учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 350600 «Судебная экспертиза» / Под ред. С.И. Гирько, С.С. Николаевой, Е.В. Верхониной. - М.: Изд-во Эксмо, 2006. - С.26. - 909 с. .

142. Судебная медицина в юридическом процессе: Сборник научно-методических трудов /Под ред. С.Н. Куликова, В.К. Толоконникова. – Самара: ГОУ «СГППК», 2006. - С. 22-27.

143. Судебная экспертиза: Учебник /Под ред. А.М. Зинина, Н.П. Майлис. – М. : Право и закон; Юрайт-Издат, 2002. – 320 с.

144. Таблица процентов утраты трудоспособности в результате различных травм, предусмотренных условиями личного страхования. Приложение к инструкции Министерства финансов СССР от 12 мая 1974 г. № 110. См. сообщение Министерства финансов СССР об утверждении 12 мая 1974 г. инструкции «О порядке организации и проведения врачебно-страховой экспертизы» (№ 110), которая вступила в силу с 1 сентября 1974 г. .

145. *Тарас А.* Рукопашный бой СМЕРШ. – Минск, 1999. – 397 с.

146. Теория государства и права: Учебник /Под ред. Л.И. Спиридонова. – М.: «Статус ЛТД+», 1996. – С.269 (304 с.).

147. *Тимофеев Л., Венгров Н.* Краткий словарь литературоведческих терминов. – М., 1963. – С.84;

148. Травматическая болезнь / Под ред. И.И. Дерябина и О.С. Насокина. – Л.: Медицина, 1987. – 304 с.

149. Травматическая болезнь и её осложнения / Под ред. С.А. Селезнёва, С.Ф. Багненко, Ю.Б. Шапога, А.А. Курыгина. – СПб.: Политехника, 2004. – 414 с.

150. Травматология, ортопедия и восстановительная хирургия: Учебник /М.В. Казарезов, И.В.Бауэр, А.М. Королёва. – Новосибирск, НПО БРИЗ, 2004- 288 с.

151. Травматология и ортопедия. Том 1. Общие вопросы травматологии и ортопедии: Руководство для врачей в 4 томах / Под общей ред. Н.В. Корнилова. – СПб.: «Гиппократ», 2004. – 766 с.

152. *Тушина Э.Л.* Определение степени тяжести телесных повреждений при переломах длинных трубчатых костей // Вопросы судебной травматологии: Материалы VI расширенной научной конференции Украинского научного общества Судебных медиков и криминалистов. – Киев, 1966. – С. 139-142.

153. Учебник судебной медицины д-ра Эдуарда фон-Гофмана, профессора судебной медицины в Вене / Под ред. профессора Д.П. Косоротова. 4- русское издание. – Санкт-Петербург, изд. К.Л. Риккера (Невский просп., 14), 1901. – С. 438.

154. Учебник судебной медицины (второе посмертное издание дополненное и частично переработанное д-ром Я.Л. Лейбовичем). / Под ред. Д.П. Косоротова. Москва-Ленинград, гос.-е изд., 1926. – С.73.

155. Уотсон-Джонс Переломы костей и повреждения суставов /Пер с англ. Р.Л. Гинзбург – М.: изд. «Медицина», 1972. – 672 с.

156. Физическое воспитание: Учебник /Под ред. В.А. Головина, В.А. Маслякова, А.В. Коробкова и др. - М., 1983. - 391 с.

157. *Франке К.* Спортивная травматология /Под ред. З.С. Мироновой: Пер. с немец. А.М. Рябовой. – М.: Медицина, 1981. – 352 с.

158. *Черкасов В.А., С.Г. Литвиненко, Рудаков А.Г.* К вопросу о пост-травматической жировой эмболии // Вестн. хир. – 2000. - № 6. – С. 46-47.

159. *Черкасов В.А., С.Г. Литвиненко, Рудаков А.Г.* Жировая ликворглобулия при травматической жировой эмболии // Вестн. хир. – 2001. - № 2. – С. 50-52.

160. *Черкасов В.А., С.Г. Литвиненко, Рудаков А.Г.* Надымоа А.М. О степени тяжести жировой эмболии // Анестезиология и реаниматология – 2001. - № 3. – С. 53-54.

161. *Шатице К.И.* Повреждения и заболевания тазобедренного сустава. – Л., 1993. – С.62-64.

162. *Шмелёв И.А.* Судебно-медицинская оценка повреждений шейного отдела позвоночника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 27 с.

163. *Шулик Ю.А.* Боевое самбо и прикладные единоборства. – Ростов-на-Дону, 2004. – 219 с.

164. Элементарный учебник физики: Учебник /Под ред. академика Г.С. Ландсберга, 1 том. – М., 1975.- С.С. 97, 107-113, 122-123, 134-135, 210-211.

165. Юридическая энциклопедия / Под ред. М.Ю. Тихомирова. – М.: Юринформцентр., 1995. – С. 12 – «АНАЛОГИЯ».

166. *Яблонский М.Ф.* Экспертные критерии тяжести не смертельных повреждений длинных трубчатых костей нижних конечностей в свете отдалённых результатов // Тезисы. докл. к 11 расш. конф. Ленинградского

отд. ВНОСМ и научной сессии института суд. медицины МЗ СССР. – Л., 1961. – С. 307-308.

167. Яблонский М.Ф. О судебно-медицинской квалификации тяжести переломов бедра и костей голени: Автореф. дис. ... мед. наук. – Витебск, 1965.- 25 с.

168. *Cummings S.R., Rubin S.M., Black D.* // Clin. Orthop. – 1990. - № 252. – P. 163-166.

169. *Parker M.J.*, //Ibid. – 2000. – Vol. 82B. – P. 937-941.

170. *Tidermark J.* // Quality of life and femoral neck fractures: Thesis. – Stockholm, 2002. – P. 60.

Научное издание

Сергей Николаевич Куликов
Олег Сергеевич Куликов

**ЭЛЕКТИВЫ
СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Монография

В авторской редакции

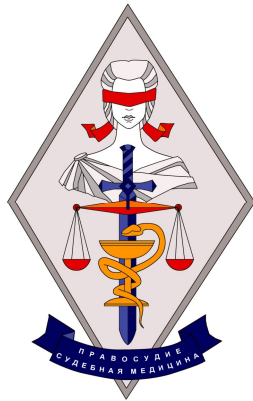
ГОУВПО "Самарский государственный медицинский университет Росздрава".
443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89.

Подписано в печать 18.02.2009.

Формат 60x84 /16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 16,74 усл. печ. л. Тираж 1000 экз. Заказ № 14701.

Отпечатано в ООО "ИПК "Содружество"
443030, г. Самара, ул. Чернореченская, 33.
Тел. (846) 336-13-22, 267-58-73.

С.Н. КУЛИКОВ, О.С. КУЛИКОВ



« ... Познание есть бесстрашие. Кто испытывает страх перед традиционными нравственными понятиями и оценками, всегда имеющими социальный источник, тот не способен к этическому познанию, ибо этическое познание есть нравственное творчество ... »

Н.А. Бердяев «О назначении человека», 1939 г.

ЭЛЕКТИВЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

(анализ экспертных эпизодов из практики правосудия)

МОНОГРАФИЯ



Самара 2009



Куликов Сергей Николаевич, 1957 года рождения (г. Москва).

Ученик, в судебной медицине, профессора Российского ГМУ, заслуженного деятеля науки РФ, Виталия Николаевича КРЮКОВА, в юриспруденции и криминалистке – доцента юридического факультета Самарского Гос. Университета, Валериана Андреевича МАРКОВА. Стаж работы по профессиональному применению специальных знаний из области судебной медицины – 27 лет. В 1981 г. закончил лечебный факультет Куйбышевского Гос. Мед. института. Работал врачом судебно-медицинским экспертом в Бюро судебно-медицинской экспертизы Куйбышевской области. С 1985 – на кафедре судебной медицины ГБОУ ВПО Самарского ГМУ Минздравсоцразвития России, кандидат медицинских наук, доцент, врач судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории, юрист. Заведующий учебной частью кафедры. Куратор студенческого научного кружка кафедры и последипломной подготовки по кафедре. Руководитель секции врачей судебно-медицинских экспертов Самарской Областной Ассоциации Врачей (СОАВ).. Автор более 90 научных и научно-методических трудов, в том числе редактор трёх сборников научно-методических трудов, автор 12 рационализаторских предложений в области судебной медицины.



Куликов Олег Сергеевич, 1985 г. рождения (г. Самара).

Окончил лечебный факультет ГБОУ ВПО Самарского ГМУ Минздравсоцразвития России в 2008 году. Врач-интерн процесса последипломной подготовки по врачебной специальности «судебно-медицинская экспертиза» на клинической базе ГУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области. В 2002-2008 г.г. являлся председателем студенческого научного кружка кафедры судебной медицины Самарского ГМУ. Имеет 16 опубликованных научных работ, в том числе является соавтором 10-ти научных трудов.