



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**Труды**

**IV ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА: АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИКО-  
ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ И ЭКСПЕРТНАЯ ПРАКТИКА»**

**15–16 мая 2025 года**

**под общей редакцией доктора медицинских наук,  
профессора И.Ю. Макарова**

**Москва  
2025**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**Труды**

**IV ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА: АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИКО-  
ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ И ЭКСПЕРТНАЯ ПРАКТИКА»**

**15–16 мая 2025 года**

**под общей редакцией доктора медицинских наук, профессора  
И.Ю. Макарова**

**Москва  
2025**

УДК 340.6  
ББК 58.1+67.531  
С89

**Редакционная коллегия:**

главный редактор – доктор медицинских наук, профессор И.Ю. Макаров;  
научные редакторы – старший научный сотрудник Н.В. Нарина, кандидат  
медицинских наук П.В. Минаева, доктор медицинских наук Л.А.Шмаров.

**С89 Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела: актуальные медико-правовые вопросы и экспертная практика. Труды IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 15–16 мая 2025 года, Москва // под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – М.: ООО «Принт», 2025. – 284 с.**

В сборнике трудов IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием представлены результаты исследований ученых – судебных медиков, судебно-медицинских экспертов и специалистов смежных профессий, посвященных широкому кругу организационных и экспертных вопросов в рамках проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела, процессуальным особенностям назначения и проведения подобных исследований, результатам научной и экспертной деятельности, случаям из практики, дискуссионным моментам и многому другому.

Издание предназначено для судебно-медицинских экспертов, судебных экспертов, врачей других специальностей, профессорско-преподавательского состава, судей, следователей, прокуроров, лиц, проводящих дознание, адвокатов, аспирантов, ординаторов и студентов, интересующихся проблемами судебной медицины и судебной экспертизы.

В тексте издания сохранены содержание, стиль и орфография, использованные авторами научных работ. Издатель не несет ответственности за достоверность приведенной авторами информации, допущенные авторами ошибки и опечатки, а также любые последствия, которые они могут вызвать.

УДК 340.6  
ББК 58.1+67.531

**ISBN 978-5-9631-1219-9**

**Обращение к читателям**  
**директора федерального государственного бюджетного учреждения**  
**«Российский центр судебно-медицинской экспертизы»**  
**Министерства здравоохранения Российской Федерации,**  
**главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе**  
**Министерства здравоохранения Российской Федерации,**  
**доктора медицинских наук, профессора**  
**Игоря Юрьевича Макарова**

***Уважаемые участники конференции!***

15-16 мая 2025 года в Москве состоится IV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела: актуальные медико-правовые вопросы и экспертная практика», проводимая Министерством здравоохранения Российской Федерации и Российским центром судебно-медицинской экспертизы Минздрава России.



Среди участников мероприятия – сотрудники бюро судебно-медицинской экспертизы и кафедр судебной медицины, практикующие эксперты и профессорско-преподавательский состав, врачи клинических специальностей, представители различных ведомств.

На основании полученного опыта стала очевидной необходимость расширения тематики конференции, проводимой ежегодно. Так, с 2022 года появилась реальная возможность освещать новые актуальные направления в рамках проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела.

Поддерживая уже сформировавшиеся, ставшие традиционными, направления научно-практических дискуссий, на конференции будет объективно рассмотрен и обсужден широкий круг вопросов:

1. Организационные и правовые аспекты проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела.
2. Организация работы подразделений судебно-медицинской экспертизы по материалам дела.
3. Пути совершенствования межведомственного взаимодействия, как

основа повышения качества проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела.

4. Процессуальные особенности назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела.

5. Актуальные вопросы установления причинно-следственных связей.

6. Современные подходы к установлению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

7. Проблемные аспекты и недостатки заключений эксперта, выполняемых по материалам дела.

8. Актуальные вопросы подготовки медицинских работников с высшим медицинским образованием подразделений судебно-медицинской экспертизы по материалам дела судебно-экспертных организаций.

9. Практика применения методических рекомендаций «Методика проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела».

10. Случаи из экспертной практики.

Актуальность вопросов организации и проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела несомненно обусловлена и вступлением в силу Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2023 № 491н, а также разработкой экспертным сообществом целого ряда Методических рекомендаций, в том числе «Методика проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела» и «Методика проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц», утвержденных в 2024 году Российским центром судебно-медицинской экспертизы Минздрава России.

Желаю всем участникам конференции интересной и плодотворной деятельности, дальнейших успехов и достижений, профессионального развития и научных прорывов, крепкого здоровья, благополучия и мирного неба над головой!

И.Ю. Макаров

Москва, 15 мая 2025 года

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ОГЛАВЛЕНИЕ</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                      | 5  |
| <b>ВЛИЯНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НА СУДЕБНЫЕ РЕШЕНИЯ<br/>ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ В УГОЛОВНОМ И ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ</b><br><i>Т.Б. Амиров, д.м.н., профессор А.П. Божченко</i> .....                                                                                      | 9  |
| <b>ТЕРНИСТЫЕ ПУТИ К СОВЕРШЕНСТВУ И ЗИГЗАГИ СОВРЕМЕННОЙ<br/>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ</b><br><i>А.Х. Бабоев</i> .....                                                                                                                                                    | 14 |
| <b>МЕДИКО-ПРАВОВАЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧА – ЗАЛОГ<br/>ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК</b><br><i>д.м.н., профессор Е.Х. Баринев, д.м.н., профессор П.О. Ромодановский, А.Е. Баринев, к.м.н.,<br/>доцент Е.В. Фокина, к.м.н., ст. преподаватель Е.Н. Черкалина</i> ..... | 20 |
| <b>КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ О НАЗНАЧЕННОМ НАКАЗАНИИ<br/>ПО СТАТЬЕ 124 «НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ» УГОЛОВНОГО<br/>КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b><br><i>Ю.С. Бекетова, д.м.н., профессор А.П. Божченко</i> .....                                                           | 26 |
| <b>ОЦЕНКА ЗАКЛЮЧЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КОМИССИИ<br/>ЭКСПЕРТОВ, СОДЕРЖАЩЕГО ВЫВОД О ПРИЧИНЕНИИ ПОТЕРПЕВШЕМУ<br/>СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ</b><br><i>д.м.н., профессор И.Б. Бойко</i> .....                                                                         | 31 |
| <b>ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ЖИВОГО ЛИЦА ПРИ ПОМОЩИ<br/>ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</b><br><i>Л.В. Булавина, Е.П. Матесонова</i> .....                                                                                                                                | 38 |
| <b>ПРОБЛЕМА УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННОЙ СВЯЗИ В ПРЕСТУПЛЕНИИ,<br/>ПРЕДУСМОТРЕННОМ СТ. 124 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ<br/>ФЕДЕРАЦИИ</b><br><i>к.ю.н., доцент Е.Г. Быкова</i> .....                                                                                              | 45 |
| <b>ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ<br/>ПОМОЩИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ</b><br><i>к.м.н., доцент И.В. Вакуленко, Ю.О. Плосконос, к.м.н. С.Л. Джувалыков</i> .....                                                                                            | 52 |
| <b>МЕСТО И РОЛЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ОБЩЕЙ<br/>СИСТЕМЕ СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТОЛОГИИ</b><br><i>д.ю.н., профессор В.Ю. Владимиров</i> .....                                                                                                                              | 56 |
| <b>НЕКОТОРЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОВТОРНЫХ СУДЕБНО-<br/>МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ В ГРАЖДАНСКОМ<br/>ПРОЦЕССЕ</b><br><i>Г.А. Гумбатзаде, д.м.н., профессор А.П. Божченко</i> .....                                                                       | 64 |
| <b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ<br/>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО<br/>СИНДРОМА И ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ<br/>ЭТАПЕ</b><br><i>Е.Н. Десова, А.И. Филатов, д.м.н. И.Е. Лобан</i> .....                             | 69 |

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ  
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА**

*д.м.н., профессор О.А. Дмитриева, к.м.н. А.В. Голубева, д.м.н., профессор В.И. Апанасевич,  
А.В. Баркун.....* **80**

**К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ  
НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*к.м.н., доцент В.В. Киселев, к.м.н., доцент В.С. Уланов, д.м.н., профессор Т.А. Фоминых .....* **87**

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ  
СУБДУРАЛЬНЫХ ГИГРОМ**

*В.А. Корякина, д.м.н., профессор В.Д. Исаков, Е.Н. Десова .....* **93**

**ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В ОТНОШЕНИИ  
ДЕФЕКТОВ (НЕДОСТАТКОВ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*В.А. Корякина, д.м.н., профессор В.Д. Исаков, А.И. Филатов .....* **100**

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ПРЕРЫВАНИЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ**

*В.А. Корякина, А.И. Филатов, д.м.н., профессор В.Д. Исаков .....* **107**

**ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ  
НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМЫ**

*к.м.н. О.И. Косухина, к.м.н. Д.А. Сапунова .....* **114**

**ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ДОКУМЕНТАЦИИ ПО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИМ ЭКСПЕРТИЗАМ,  
СВЯЗАННЫМ С ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
(ПО ДАННЫМ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ,  
ВЫПОЛНЕННЫХ В ГБУЗ НО «НИЖЕГОРОДСКОЕ ОБЛАСТНОЕ БЮРО  
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»)**

*К.Ю. Кошечева, Ю.Е. Егорова, Е.С. Сухарева, к.м.н. И.С. Эделев.....* **121**

**РАЗВИТИЕ ДЕФИНИЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ В СОДЕРЖАНИИ  
ОСНОВНЫХ УГОЛОВНО-ПРАВОВЫХ ПРИЗНАКОВ ТЯЖКОГО ВРЕДА,  
ПРИЧЕНЁННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

*к.м.н., доцент С.Н. Куликов.....* **127**

**О ПРАВОВЫХ ПРИНЦИПАХ ОЦЕНКИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ СУДЕБНОГО ЭКСПЕРТА**

*д.м.н., профессор Г.П. Лаврентюк, д.м.н., профессор В.Д. Исаков .....* **135**

**К ВОПРОСУ О СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКЕ РАЗРЫВА  
АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА  
(случай из практики)**

*А.Б. Лебедь, к.м.н. Г.А. Мельникова .....* **145**

**ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА В СЛУЧАЯХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*к.м.н. П.В. Минаева .....* **150**

**МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА**

*Н.В. Нарина, В.Б. Страгис .....* **155**

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИЗНАКОВ  
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ ПРИ ТРАВМЕ КОСТЕЙ  
СКЕЛЕТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*к.м.н. И.Р. Николайчук, А.Э. Зарахович* ..... 163

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИВЛЕЧЕНИЯ КЛИНИЦИСТОВ ДЛЯ  
УЧАСТИЯ В ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
ПО ФАКТАМ НЕДОСТАТКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*к.ю.н., доцент С.В. Петраков* ..... 170

**КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СУДЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЕЗНИ  
КРЕЙТЦФЕЛЬДА-ЯКОБА (экспертная практика)**

*Ю.О. Плосконос, к.м.н., доцент И.В. Вакуленко, к.м.н. С.Л. Джувалыков* ..... 177

**О МЕТОДОЛОГИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО  
МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА**

*д.м.н., профессор В.Л. Попов* ..... 188

**К ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ  
ПЛОДА ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ**

*Е.И. Потеряйко, И.В. Комарова, д.м.н., профессор В.Д. Исаков* ..... 195

**АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ  
ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ, ПРОВЕДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ СУДЕБНО-  
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА В ГБУЗ АО  
«АМУРСКОЕ БЮРО СМЭ» В 2022-2024 гг.**

*к.м.н. А.Л. Пушкина* ..... 200

**ЗНАЧЕНИЕ ПОВТОРНОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ  
ПРОВЕДЕНИИ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО  
ДЕЛАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*к.м.н. А.Л. Пушкина, д.м.н., профессор И.Ю. Макаров* ..... 208

**ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ ПОРЯДОК ПОРУЧЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗ  
ЛИЦАМ, НЕ ЯВЛЯЮЩИМСЯ СОТРУДНИКАМИ ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ:  
СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ**

*к.ю.н. Ю.Б. Самойлова, к.м.н., доцент А.Ю. Пайков* ..... 213

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОЙКОЙ УТРАТЫ  
ОБЩЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ**

*к.м.н. А.В. Сашин* ..... 219

**ЕЩЁ РАЗ О ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЯХ В СУДЕБНО-  
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ**

*Д.В. Скипин, к.м.н., А.Е. Пастернак, О.М. Милованкина* ..... 224

**ПОДГОТОВКА СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗ ПО  
МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА**

*д.м.н., доцент Ю.А. Хрусталева* ..... 231

|                                                                                                                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</b>                                   |            |
| <i>З.Х. Художёрзода, к.м.н., доцент И.И. Бахриев .....</i>                                                                                                                 | <b>236</b> |
| <b>ГРАНИЦЫ КОМПЕТЕНЦИИ И НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ АНАЛИЗЕ ИЗОБРАЖЕНИЙ И ВИДЕОЗАПИСЕЙ В ХОДЕ ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛ</b> |            |
| <i>д.м.н. Ю.Ю. Шиликин, С.Ю. Бурлаков, к.м.н. А.С. Катаев .....</i>                                                                                                        | <b>244</b> |
| <b>БЕЗДЕЙСТВИЕ И ВРЕД ЗДОРОВЬЮ</b>                                                                                                                                         |            |
| <i>д.м.н. Л.А. Шмаров .....</i>                                                                                                                                            | <b>252</b> |
| <b>ВРЕД ЗДОРОВЬЮ – ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ</b>                                                                                                                                   |            |
| <i>д.м.н. Л.А. Шмаров .....</i>                                                                                                                                            | <b>258</b> |
| <b>СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ ЗА 2020–2023 гг.</b>                                                      |            |
| <i>д.м.н., профессор О.Д. Ягмуров, д.м.н., профессор В.Д. Исаков, К.Д. Данилин, Т.Е. Позудина ..</i>                                                                       | <b>266</b> |
| <b>СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ .....</b>                                                                                                                                           | <b>271</b> |

# **ВЛИЯНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НА СУДЕБНЫЕ РЕШЕНИЯ ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ В УГОЛОВНОМ И ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ**

*Т.Б. Амиров, д.м.н., профессор А.П. Божченко*

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны  
России, Санкт-Петербург*

**Аннотация:** Изучались целевые показатели судебных решений по врачебным делам, отражающие влияние на эти решения заключений судебно-медицинских экспертиз. **Материал:** судебные решения по итогам уголовного и гражданского судопроизводства. **Методы:** выбор и группировка целевых показателей, частный анализ, сравнение, обобщение. Проведенное исследование показывает, что уголовные и гражданские суды по-разному оценивают выводы судебно-медицинской экспертизы, рассматривая «врачебные дела». Различие обусловлено особенностями уголовного и гражданского процессов. Наиболее гибкими и при этом наиболее вариативными являются решения гражданских судов. С точки зрения эксперта, важно стремиться к полноте проводимого экспертного исследования, к достаточной аргументированности экспертных выводов, к необходимости донести свою позицию до всех участников процесса непосредственно в судебном заседании. Важнейшим является экспертный вывод о наличии причинной связи между установленными недостатками оказания медицинской помощи и исходом. Однако в некоторых случаях факт установления недостатков оказания медицинской помощи важен сам по себе (например, для компенсации морального вреда).

**Ключевые слова:** врачебное дело, вред здоровью, гражданский процесс, дефект медицинской помощи, моральный вред, причинная связь, судебно-медицинская экспертиза, уголовный процесс.

## **THE INFLUENCE OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS ON JUDICIAL DECISIONS ON MEDICAL CASES IN CRIMINAL AND CIVIL PROCEEDINGS**

*T.B. Amirov, A.P. Bozhchenko*

*Military Medical Academy, Forensic Medicine Department, St. Petersburg*

**Summary:** The target indicators of judicial decisions on medical cases were studied, reflecting the influence of the conclusions of forensic medical examinations on these decisions. **Material:** court decisions based on the results of criminal and civil proceedings. **Methods:** selection and grouping of target indicators, private analysis, comparison, generalization. The conducted research shows that criminal and civil courts evaluate the conclusions of the forensic medical examination differently when considering «medical cases». The difference is due to the peculiarities of criminal and civil proceedings. The decisions of civil courts are the most flexible and at the same time the most variable. From the expert's point of view, it is important to strive for the completeness of the conducted expert research, for sufficient reasonableness of expert conclusions, and for the need to convey one's position to all participants in the process directly at the court session. The most important expert conclusion is that there is a causal relationship between the identified deficiencies in medical care and the outcome. However, in some cases, the fact of identifying shortcomings in the provision of medical care is important in itself (for example, to compensate for moral damage).

**Keywords:** *medical practice, harm to health, civil procedure, defect of medical care, moral harm, causal relationship, forensic medical examination, criminal procedure.*

Ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей может выражаться в некачественном оказании медицинской помощи больному (пациенту), что является основанием для производства предусмотренного законом расследования, в рамках которого назначается и проводится судебно-медицинская экспертиза [1, 2].

Главные вопросы, ставящиеся на экспертное разрешение: есть ли недостатки оказания медицинской помощи и причинно связанные с ними неблагоприятные последствия для жизни и здоровья больного (пациента); какова в результате тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Вопрос о причинной связи является ключевым и вызывающим чаще всего недопонимание и наибольшее количество разногласий между участниками процесса [3, 4]. Мнение экспертов по этому вопросу нередко неверно интерпретируется в ходе судебного заседания, особенно если оно проводится без участия эксперта [5].

**Целью** настоящего исследования явилось изучение судебных решений по врачебным делам в уголовном и гражданском процессе, отражающих влияние на них заключений судебно-медицинских экспертиз.

**Материалом исследования** служили судебные решения по итогам уголовного и гражданского судопроизводства [6, 7]. В работе использовались следующие методы исследования: выбор и группировка целевых показателей, частный анализ, сравнение, обобщение.

**Результаты.** По итогам проведенного исследования установлен ряд важных закономерностей, которые следует учитывать в своей работе судебно-медицинскому эксперту, проводящему экспертизу по «врачебному делу».

1) Как известно, суд не должен ставить перед экспертами вопросы правового характера. Если такие вопросы все же поставлены, эксперт не должен отвечать на них, дав мотивированное пояснение, а если ответ

эксперта на такой вопрос последует, то это будет нарушением порядка проведения экспертизы и основанием для признания заключения недопустимым доказательством.

Однако не всегда граница между вопросом правового порядка и «обычным» вопросом, в рамках специальных знаний, легко различима. Так, например, нам встретилось определение апелляционного суда (Кемеровский областной суд, определение по гражданскому делу № 33-9523 от 27.09.2012), в котором было недвусмысленно указано, что суд первой инстанции неправомерно поставил вопрос на разрешение судебно-медицинской экспертной комиссии о наличии причинной связи между недостатками оказания медицинской помощи и причиненным вредом здоровью, т.к. он (этот вопрос) носит правовой характер.

В подавляющем большинстве случаев такой вопрос ставится судами на экспертное разрешение и не вызывает каких-либо нареканий в случаях, даже если разбирательство переходит в суды более высоких инстанций (апелляционные, кассационные). «Игра слов» и тонкость вопроса строится на том, что судебно-медицинский эксперт устанавливает прямую причинно-следственную связь между недостатками оказания медицинской помощи и неблагоприятными последствиями для здоровья и жизни человека (осложнениями заболевания или травмы, смертью), а в случае наличия такой связи определяет степень тяжести причиненного здоровью вреда.

2) Экспертные выводы по существу заданных вопросов по своей форме могут быть категоричными и вероятностными, а также неопределенными и в форме мотивированного отказа от решения вопроса. Нет ничего удивительного в том, что суды предпочитают категоричные выводы экспертов. Однако в силу объективных причин это не всегда возможно. Вопрос о значении для суда вероятностных выводов постоянно поднимается в профессиональном сообществе и, несмотря на массу аргументов в пользу их допустимости, на практике суды по уголовным и гражданским делам чаще

все же не принимают такие заключения в качестве полноценного доказательства.

Применительно к вопросу о причинно-следственной связи, экспертный вывод о ее наличии в вероятностной форме дает основание судам для вывода о том, что имеет место ее недоказанность в силу того, что существует (остается) вероятность (шанс) того, что действия врача лишь косвенно воздействовали на исход оказания медицинской помощи.

На наш взгляд, вероятностное заключение может и должно учитываться в совокупности с другими доказательствами. А факт того, что действия врача лишь косвенно воздействовали на исход оказания медицинской помощи, также является важным для принятия судом решения по делу. Кроме того, суд имеет возможность, исходя из такого вывода эксперта, назначить дополнительную экспертизу с учетом первичной, представить на экспертизу дополнительные материалы, которые могли бы помочь экспертам лучше аргументировать свои выводы, возможно, в конце концов, прийти к более категоричным суждениям.

Анализ судебной практики показывает, что в этом вопросе в гражданском процессе суды ведут себя более гибко и чаще, чем в уголовном процессе, принимают вероятностные выводы экспертов.

3) В отсутствии причинно-следственной связи эксперты не всегда указывать недостатки оказания медицинской помощи или же характеризуют их в самом общем виде («ряд несущественных недостатков», «некоторые недостатки диагностики и лечения»), без конкретизации их сущности. Однако если наличие причинной связи необходимо для оценки вреда, причиненного здоровью человека, или имущественного вреда, то для решения вопроса о моральном вреде не является обязательным. Вместе с этим, вопрос о моральном вреде по-своему важен для истца, а компенсация морального вреда может быть не менее существенной, чем возмещение материальных убытков, и служить вполне реальным «наказанием».

В гражданском процессе встречаются случаи, при которых суды решают спор исходя из того, что медицинская организация нарушила свой договорные обязанности. Подтверждением таких фактов (в изученной нами судебной практике) служат как раз установленные недостатки оказания медицинской помощи, вне их связи с исходом, т.е. без учета того, повлияли или не повлияли они на здоровье человека и причину смерти. Однако и такая позиция является лишь позицией конкретного суда, а не общим правилом.

**Заключение.** Уголовные и гражданские суды по-разному оценивают выводы судебно-медицинской экспертизы, рассматривая «врачебные дела». Различие обусловлено, прежде всего, особенностями уголовного и гражданского процессов. Наиболее гибкими и при этом наиболее вариативными являются решения гражданских судов.

С точки зрения эксперта, важно стремиться к полноте проводимого экспертного исследования, к достаточной аргументированности экспертных выводов, их правильному, однозначному формулированию, а также к тому, чтобы донести свою позицию до участников процесса в неискаженном виде, лучше – непосредственно в судебном заседании. Важнейшим является экспертный вывод о наличии причинной связи между установленными недостатками оказания медицинской помощи и исходом (неблагоприятными последствиями для здоровья и жизни). Однако в ряде случаев важен и сам по себе факт установления недостатков оказания медицинской помощи.

### **Литература**

1. Божченко А.П. Профессионально-должностные преступления медицинских работников: статистика и сравнительный анализ // Медицинское право. 2020. № 2. С. 17-23.
2. Шмаров Л.А. Взгляд судебно-медицинского эксперта на безопасность медицинской услуги // Вестник судебной медицины. Новосибирск, 2018. № 1. С. 45-49.
3. Божченко А.П. Проблемы и недостатки экспертного установления причинной связи // Медицинское право. 2020. № 4. С. 44-49.
4. Хрусталева Ю.А. Причинно-следственные связи в судебной медицине: содержание, способы выявления и значение при механической травме: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.03.05. СПб., 2019. 46 с.
5. Божченко А.П., Семенов С.Л., Никитин И.М., Назаров Ю.В. Проблемы

реализации в уголовном процессе принципов равноправия и состязательности (на примере возможности предъявления стороной защиты заключения специалиста) // Судебная медицина. 2021. Т. 7. № 1. С. 41-47.

6. Уголовное судопроизводство. Данные о назначенном наказании по статьям УК // stat.api-пресс.рф (дата обращения: 31.01.2025).

7. Кодексы online // <https://ukrfkod.ru/> (дата обращения: 31.01.2025).

## **ТЕРНИСТЫЕ ПУТИ К СОВЕРШЕНСТВУ И ЗИГЗАГИ СОВРЕМЕННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

*А.Х. Бабоев*

*Юридический институт Северо-Кавказской государственной академии,  
г. Черкесск*

**Аннотация:** Статья посвящена правовой обеспеченности экспертной деятельности в РФ, сохраняющейся негативной оценке роли негосударственных экспертных организаций и состоянию государственной экспертной деятельности. Рост жалоб на профессиональные правонарушения медицинских работников становится тенденцией, усиливающей значимость альтернативных экспертных заключений в деле охраны прав и свобод граждан.

**Ключевые слова:** нормативные документы, негосударственные экспертные организации, профессиональные правонарушения медицинских работников, статистика роста «врачебных дел», пути и способы решения проблем судебно-медицинской экспертизы.

## **THORNY PATHS TO PERFECTION AND ZIGZAGS OF MODERN FORENSIC EXAMINATION**

*A.Kh. Baboev*

*Law Institute of the North Caucasus State Academy, Cherkessk*

**Summary:** The article is dedicated to the legal provision of expert activity in the Russian Federation, the ongoing negative assessment of the role of non-governmental expert organizations and the status of state expert activity. The increase in complaints about professional offences committed by medical staff is becoming a trend that strengthens the importance of alternative expert opinions in protecting citizens' rights and freedoms.

**Keywords:** normative documents, non-governmental expert organizations, professional offenses of medical workers, statistics of growth of «medical cases», ways and methods of solving problems of forensic medical examination.

Предваряя ожидаемые споры о сути явления, качестве, своевременности существования негосударственных медицинских организаций, занятых судебно-экспертной деятельностью, напомним, что с 2011 года в процессе реформ законодательства были приняты и действуют

официальные нормативные документы, регулирующие этот вид деятельности: Постановление Правительства РФ от 24 марта 2011 г. № 206 «О внесении изменения в Правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»; Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2011 г. № 938; Приказ от 18 января 2012 г. № 18н Минздравсоцразвития России. Напоминание о нормативных документах, очевидно, лишнее, но некоторые спикеры с трибун IX Всероссийского съезда судебных медиков, а иные и до этого съезда в пренебрежительной форме отзывались о сути и значимости негосударственных судебно-экспертных организаций, типа: АНОшки, ИПшки и т. п. Действующими официальными нормативными документами уже утвержден круг организаций, правомочных проводить судебно-медицинские экспертизы и исследования, и пора бы уже с этим смириться! Едва ли можно найти в других научно-практических отраслях, в том числе и в клинической медицине, такое же болезненное и ревностное отношение к своим коллегам, как в судебно-медицинском экспертном сообществе. Эксперты негосударственных экспертных организаций обладают теми же специальными знаниями, опытом, стажем, категориями и званиями. Ведь, по сути, место дислокации экспертной организации: в ГСЭУ или в АНО (НКО, центры СМЭ, ИП и т.п.) — совершенно не влияет на содержание и качество проводимых экспертных работ. Почему-то критиков, в том числе коллег по профессии и представителей сторон в судебных процессах, постоянно «смущает», а порой «возмущает» система возмездности нашего труда. Критикам и оппонентам напомним одну простую истину: волонтерство в нашей профессии не предусмотрено и бесперспективно.

Проблемы взаимоотношений ГСЭУ и негосударственных экспертных организаций часто надуманы, хотя находятся в иной плоскости и оказываются гораздо шире, чем мы себе представляем. На мой взгляд, они исходят из накопившихся проблем в структурах здравоохранения — в управлении и организации практической медицины. Все недоразумения

реформирования в здравоохранении, исходящие от чиновников ведомства (федеральных и региональных), отражаются на всей медицине (научной и практической). Так называемые «врачебные дела» были, есть и будут следствием многих негативных процессов, происходящих в обществе: от изменений форм и почти тотальной платности высшего медицинского образования; реальной невозможности гарантий общедоступности безупречной медицинской помощи населению в силу ряда причин, в том числе, географических – отдаленность населения от ведущих медицинских центров, и материальных – высокие цены медицинской помощи в частных клиниках. Эти условия вызывают рост обоснованных или необоснованных жалоб на действия или бездействие медицинского персонала, на низкое качество и неэффективность ожидаемой «бесплатной» медицинской помощи, на статистику неблагоприятных исходов при неуклонном росте уровня юридической грамотности населения.

Уровень ранга представительства и краткосрочность участия в пленарных заседаниях Всероссийских форумов приглашенных руководителей судебно-следственных и надзорных органов, Минздрава РФ, в том числе, в работе съездов судебных медиков, наглядно подчеркивают их отношение к современному статусу судебно-медицинской службы.

Статистика значительного роста обращений и жалоб граждан на профессиональные правонарушения медработников в последние годы известна. В публикациях на эту тему предлагались пути решения проблем взаимодействия сотрудников региональных СУ СК с экспертами ГСЭУ субъектов РФ. Солидная роль «при осуществлении контроля за порядком проведения медицинских экспертиз, за соблюдением стандартов качества медицинской деятельности», т.е. контроля при производстве экспертиз по «врачебным делам» возлагалась на территориальные органы Росздравнадзора. Но в структурах Росздравнадзора, как и в органах управления здравоохранением – региональных управлениях, департаментах или минздравах не было и нет врачей, профессионально подготовленных по

судебно-медицинской экспертизе, способных разобраться в сложностях судебно-медицинских экспертиз, особенно экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников. Созданные в структуре СК РФ судебно-медицинские подразделения пока, думается, ещё долго будут не в состоянии организовать и проводить такого рода экспертизы, поэтому предложения о монопольном праве замкнуть их производство в пределах СЭЦ СК скорее всего преждевременны. Соответствующая реакция Генеральной прокуратуры на инициативы СК была изложена в информационном письме ещё в 2018 году.

Нарастающее негативное отношение населения к врачебному сообществу и медикам в целом, акцентированность действий следственных органов могут привести к нежелательным последствиям для работников медицинской профессии, в том числе и самих судебно-медицинских экспертов.

Экспертизы по «врачебным делам» являются наиболее сложными в практике любых ГСЭУ, что обусловлено целым рядом причин: уникальностью каждого случая; неочевидностью факта происшествия; необходимостью участия высококвалифицированных практикующих врачей и ученых соответствующих кафедр по узким специальностям при производстве этих комиссионных экспертиз; большим объёмом материалов уголовных и гражданских дел, с малоразборчивыми рукописными текстами и шаблонными дневниковыми записями в медицинских документах; ограниченностью времени на производство этих экспертиз; загруженностью ГСЭУ комиссионными и комплексными экспертизами из других регионов страны; дефицитом кадров во многих ГСЭУ по организации и производству таких экспертиз на необходимом качественно высоком уровне.

Межрегиональные ГСЭУ, анонсированные в докладах делегатов съезда судебных медиков, вселяют надежду на улучшение положения во взаимоотношениях экспертных организаций. На эти межрегиональные ГСЭУ закономерно и логично будет возложена обязанность производства

комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников, а успешное воплощение такой идеи реорганизации ГСЭУ может стать реальным прогрессом в разрешении этой задачи. Но от хорошей, даже уникальной идеи до её воплощения в жизнь порой проходят десятилетия. Отдельных зданий для такой структуры ГСЭУ пока ждать не стоит. По сути, даже неважно, в каких офисах (бюро СМЭ, медицинский университет, медицинский центр, судебно-экспертный центр СК и т.п.) будут работать межрегиональные экспертные комиссии по «врачебным делам», самое главное, на мой взгляд, – состав этих экспертных комиссий, высокий уровень профессионализма и сменяемость членов комиссии, материально-техническое оснащение, нормы и организация труда персонала, материальное обеспечение, социальные гарантии и др.

В завершение пример из практики о необходимости негосударственных экспертных организаций. С моим участием проходило одно из судебных заседаний по «врачебному делу», по факту смерти в клинике пожилой пациентки от септического шока. По ошибочному диагнозу патологоанатома о ятрогенном «травматическом повреждении задней стенки ампулярной части прямой кишки» (в двух местах и разных размеров от 0,5 см до 1,5 см) наконечником системы очистительной клизмы, в ходе подготовки к операции эндопротезирования тазобедренного сустава, в одной из клиник г. Краснодара, комиссия экспертов СМЭ ГСЭУ, будучи предупрежденной «об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения», игнорируя факт отсутствия клинических симптомов острого локального болевого синдрома и кровотечения, невзирая на абсурдность такого рода механизма причинения и локализации 2-х разновеликих дефектов стенки прямой кишки, из-за их анатомических, физиологических, топографических, морфологических, этиологических особенностей, но при наличии каловых камней подтвердила ошибочную версию патологоанатома. Это заключение послужило поводом для возбуждения уголовного дела. К уголовной

ответственности была привлечена группа ведущих врачей различных специальностей, курировавших пожилую пациентку. На стадии судебного следствия на одном из заседаний мною, негосударственным экспертом, были даны исчерпывающие ответы на вопросы участников процесса и научное обоснование истинной этиологии (сдавление каловыми камнями) описанных пролежней именно этой поверхности и части прямой кишки. Суд принял во внимание доводы и заключение специалиста, изменил вменявшуюся меру уголовной ответственности на штрафные санкции, сохранил право подсудимых врачей оказывать нуждающимся высокотехнологичные виды медицинской помощи.

Всё чаще и чаще в своей работе мы сталкиваемся с банальными ошибками, которые требуют своевременного исправления... Такие повторяющиеся банальности ведут к тенденциям и наводят на неприятные и тревожные мысли. Судя по количеству роста жалоб на необоснованные и спорные заключения экспертов ГСЭУ, у органов следствия вполне может возникнуть соблазн привлечения самих судебно-медицинских экспертов к уголовной ответственности за профессиональные правонарушения медицинских работников... Ведь деятельность – медицинская, ошибки – очевидные, правонарушения – профессиональные, а последствия этих экспертных ошибок – часто печальные, особенно при вынесении обвинительных судебных приговоров.

# МЕДИКО-ПРАВОВАЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧА – ЗАЛОГ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК

д.м.н., профессор Е.Х. Баринов<sup>1,2,3</sup>, д.м.н., профессор  
П.О. Ромодановский<sup>1,3</sup>, А.Е. Баринов<sup>1</sup>, к.м.н., доцент Е.В. Фокина<sup>1</sup>,  
к.м.н., ст. преподаватель Е.Н. Черкалина<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Российский университет медицины Минздрава России, Москва

<sup>2</sup>Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва

<sup>3</sup>Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы, Москва

**Аннотация:** На всём протяжении этапа становления и развития современного отечественного и мирового здравоохранения, проблема качества и безопасности оказания медицинской помощи (услуги) всегда вызывала большой интерес, как у медиков, так и у юристов. Отмечается постоянная, четкая тенденция к назначению судебно-медицинских экспертиз по гражданским искам к учреждениям здравоохранения, а также к отдельным медицинским работникам. Социологическое исследование мнения врачей различных специальностей, оказывающих медицинскую помощь больным, было проведено с целью получения максимально объективной информации о причинах возникновения дефектов и о том, как сами врачи оценивают допущенные ими профессиональные ошибки. Подобные сведения способствуют предотвращению профессиональных ошибок и конфликтов в медицинской практике.

**Ключевые слова:** врач, анкетирование, профессиональная ошибка, правовая грамотность, профилактика конфликта, социологическое исследование

## MEDICAL AND LEGAL AWARENESS OF THE DOCTOR - THE KEY TO PREVENTING PROFESSIONAL ERRORS

E.Kh. Barinov<sup>1,2,3</sup>, P.O. Romodanovsky<sup>1,3</sup>, A.E. Barinov<sup>1</sup>, E.V. Fokina<sup>1</sup>, E.N. Cherkalina<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Russian University of Medicine of the Ministry of Health of Russia, Moscow

<sup>2</sup>Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow

<sup>3</sup>Bureau of Forensic Medical Examination Health Department of Moscow, Moscow

**Summary:** Throughout the formation and development of modern domestic and world health care, the problem of quality and safety of medical care (services) has always aroused great interest, both among doctors and lawyers. There is a constant, clear trend towards the appointment of forensic medical examinations on civil claims against healthcare institutions, as well as against individual medical workers. A sociological study of the opinion of doctors of various specialties providing medical care to patients was carried out in order to obtain the most objective information about the causes of defects and how doctors themselves assess their professional mistakes. Such information contributes to the prevention of professional errors and conflicts in medical practice.

**Keywords:** doctor, questionnaire, professional error, legal literacy, conflict prevention, sociological research.

**Актуальность.** В различные исторические эпохи за ошибки и упущения на врачей возлагалась неодинаковая ответственность. Это зависело от изменений общественного правосознания, религиозных воззрений, смены

морально-этических норм и от успехов медицинской науки. Во времена седой древности медицинская деятельность приравнивалась к сверхъестественной силе. Поэтому существовала абсолютная ответственность целителя за смерть больного. Такие понятия, как «умысел», «неосторожность», «несовершенство знаний» не различались между собой.

На всём протяжении этапа становления и развития современного отечественного и мирового здравоохранения, проблема качества и безопасности оказания медицинской помощи (услуги) всегда вызывала большой интерес, как у медиков, так и у юристов [1–7].

**Цель исследования** – изучить проблемы организации оказания медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а так же медико-правовую осведомленность врачей данных медицинских учреждений.

**Материалы и методы.** На протяжении двух десятилетий сотрудники кафедры судебной медицины и медицинского права Российского университета медицины (ранее МГМСУ им. А.И. Евдокимова) проводили социологическое исследование мнения врачей различных специальностей, оказывающих медицинскую помощь больным, с целью получения максимально объективной информации о причинах возникновения дефектов и о том, как сами врачи оценивают допущенные ими профессиональные ошибки [4, 5, 7].

С целью изучения проблем организации медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях методом анонимного анкетирования было опрошено 1000 врачей различных специальностей (стоматологи, хирурги (абдоминальные и торакальные), акушеры-гинекологи, травматологи-ортопеды, челюстно-лицевые хирурги, терапевты, кардиологи, неонатологи, дерматологи и др.). Возраст респондентов составлял от 25 до 50 лет, стаж работы от 0,5 года до 25 лет, различных врачебных категорий и научных степеней. Статистическое исследование проводилось с использованием специально разработанных анкет опроса,

включающих от 26 до 30 вопросов, в зависимости от врачебной специальности. Врачам предоставлялась возможность при необходимости давать несколько вариантов ответов. Всего было получено 30000 ответов. При обобщении информации был использован графический метод построения секторных диаграмм. На основании изучения результатов анкетирования оценивали уровень правовой грамотности врачей, выявлены причины конфликтных ситуаций с пациентами, намечены пути устранения недостатков в работе врачей и пути разрешения конфликтов [4].

**Результаты.** В отношении хирургических специальностей (хирурги, травматологи-ортопеды, челюстно-лицевые хирурги, а также акушеры-гинекологи) можно высказаться о том, что в среднем специалист хирургического профиля выполнял 11,5 операций в месяц. Наибольшее количество выполненных операций в месяц отмечено в группе специалистов со стажем работы 11–15 лет (15–20 операций в месяц). Курсы повышения квалификации в течение пяти лет проходили 38% хирургов, а новым методам лечения обучались около четверти хирургов (22,0%). На вопрос о посещении конференций или заседаний хирургических обществ по неотложной хирургической помощи ответили отрицательно 28,0% хирургов. Из них причиной непосещения отметили отсутствие времени 46,0%, отсутствие информации об их проведении – 26,0%. Медицинскую литературу по специальности регулярно читали 35,5%, один раз в неделю – 50,0%. Один раз в месяц отметили 7,5%, редко читали литературу – 7,0% хирургов. Качество современной медицинской литературы устраивает более половины (58%) опрошенных врачей. Около 30% респондентов отметили, что на их взгляд наиболее качественной по содержанию является литература, выпущенная в конце 20-го века [4].

Все респонденты утверждали, что они предупреждают своих пациентов о возможных осложнениях предложенного лечения. О допущенной врачебной ошибке, приведшей к неблагоприятному исходу, положительно ответили в анкетах 38,5% хирургов. Поставить в известность руководство о

допущенной ошибке в обязательном порядке готовы лишь 40,5% хирургов, мотивируя тем, что руководство поможет исправить ошибку. Почти каждый четвертый (21,0%) не будет сообщать руководству, не хотят «неприятностей», остальные 13,5% – сомневаются. О допущенной врачебной ошибке сообщить больному не готовы 53,5% хирургов, в любом случае сообщат – 18,5% хирургов [4].

Следующая группа вопросов анкетирования была направлена на изучение причин конфликтов между хирургами и пациентами и путей их разрешения. По данным опроса конфликты с пациентами имели более половины хирургов (65%). Основными причинами возникновения конфликтных ситуаций с пациентами 14,5% хирургов называли конфликтный настрой пациентов, негативный настрой родственников пациента – 42,7%; 30,0% – неумение врача «наладить контакт» с пациентом. Ошибки в диагностике и лечении как причину конфликтов указывали лишь 10,8% хирургов [4].

При возникновении конфликтных ситуаций с пациентами, хирурги и акушеры-гинекологи в основном пытались разрешить ее самостоятельно, путем дополнительной беседы и подробного разъяснения ситуации (65,5%), направления больного к заведующему хирургическим отделением (18,5%), обращения к руководству больницы (15,0%). В случае возникновения конфликтной ситуации в своей защищенности уверены 84% респондентов. Из них 15% уверены в этом на основании того, что врачу в суде больше верят, 25% надеется на защиту со стороны государственных органов власти, 30% опрошенных считают, что смогут уладить конфликт самостоятельно. В 14% ответов врачи уверены, что пациент на них жаловаться не станет. Свою незащищенность в случае возникновения конфликтной ситуации отметили 14% респондентов [4].

Основными причинами возникновения конфликтных ситуаций, по мнению врачей, является негативный настрой родственников пациента (42,7%). Основным путем разрешения конфликтной ситуации хирурги и

акушеры-гинекологи считали – попытка самостоятельного разрешения ситуации, путем дополнительной беседы и подробного разъяснения ситуации (65,5%). В случае возникновения конфликтной ситуации в своей защищенности уверены 84% респондентов [4].

По данным анкетирования врачей-стоматологов новые методики лечения 34,5% опрошенных осваивали самостоятельно по литературе, на основании сообщений представителей фирм-производителей. Такое же количество молодых специалистов проходили вышеуказанные методики в ВУЗе, а 50% респондентов – на курсах усовершенствования врачей, но опять-таки практическое обучение специалисты фактически проходят самостоятельно на пациентах. Только 17,2 % респондентов сообщили, что не владеют современными методиками, высокими технологиями или владеют ими недостаточно хорошо. В 100% случаев используют современные методики лечения только 27,5 % специалистов, часто (70% случаев) – 43% специалистов, не всегда (50% случаев) – 19% стоматологов, изредка (30% случаев) – 10 %. В своих анкетах стоматологи указывают, что они не всегда используют в работе современные методики лечения из-за отсутствия условий для этого (60,5%), отсутствия оборудования, современной аппаратуры и инструментария, либо сложности возникают из-за нехватки времени, выделенного на одного больного (55%). В среднем, по данным опроса, оно составляет 30 минут. Плюс ко всему, врачу необходимо ещё и грамотно оформить документацию за это же время [4–6].

80,5% врачей-стоматологов указали в своей анкете, что в случае совершения ими ошибки они обязательно записывают это в медицинской документации. 19,5% честно ответили, что они не делают подобных записей, так как не видят в этом необходимости (8%) или просто не хотят рисковать (11,5%). Однако это может быть расценено, как сокрытие важной информации от пациента. То есть врач может сам себе навредить [4–6].

На вопрос « Считаете ли Вы себя защищённым в случае возникновения конфликтной ситуации между Вами и пациентом?» 83% врачей ответили

отрицательно, 14% опрошенных считают, что мало кто из пациентов жалуется, 5% надеются, что сумеют договориться с пациентом и уладить дело, не доводя его до суда [4–6].

Примерно подобного характера информация была получена и от врачей терапевтических специальностей.

**Обсуждение.** Таким образом, приведённые данные свидетельствуют о том, что устранение врачебных ошибок и осложнений существенным образом уменьшит неудовлетворённость пациентов и количество претензий на некачественное оказание медицинской помощи. Анкетирование врачей, проведённое нами, позволило выявить некоторые недостатки в организации лечебного процесса, влекущих за собой совершение ошибок и осложнений, а также уточнить уровень правовой осведомлённости врачей. Многие врачи жалуются на нехватку времени для качественного выполнения своей работы в соответствии со всеми современными требованиями, не говоря уже о том, чтобы полно и грамотно сделать записи о посещении в медицинской документации, да ещё и при пациенте [4–7].

**Выводы.** Проведенное социологическое исследование свидетельствует о недостатке медико-правовых знаний медицинских работников лечебных учреждений. С целью повышения этих знаний целесообразна организация занятий для студентов, ординаторов и аспирантов, а также на курсах специализации и усовершенствования врачей и факультете повышения квалификации преподавателей по вопросам правовых основ деятельности медицинских работников. Такие занятия должны проводиться с анализом конкретных случаев ошибок и осложнений из врачебной практики [7]. Для уменьшения количества возможных исков пациентов на некачественное оказание медицинской помощи (по нашим данным, каждый десятый пациент готов защитить свои права пациента на судебном заседании или в вышестоящих организациях) необходимо повысить культуру медицинской помощи и улучшить взаимные деловые контакты с пациентами. Для профилактики возникновения конфликтов между пациентом и врачом

необходимо подробно информировать пациентов о планах их лечения, медикаментах и материалах, возможных осложнениях и побочных явлениях [7].

### **Литература**

1. Баринов Е.Х. Судебно-медицинская экспертиза в гражданском судопроизводстве по медицинским делам. – 2-е изд., перераб. и доп. (Серия: Актуальные монографии). – Москва: Юрайт. – 2019. – 181 с.
2. Баринов Е.Х. Потребности гражданского судопроизводства в судебной медицине. Монография. – Саарбрюккен: Немецкая Национальная Библиотека, LAP LFBVBERT Academic Publishing. – 2017. – 194 с.
3. Баринов Е.Х., Гецманова И.В., Поздеев А.Р. Практика применения специальных познаний судебной медицины в суде. Монография – Москва: «Проспект». – 2017. – 176 с.
4. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н., Михеева Н.А., Татаринцев А.В. Медико-правовая осведомленность медицинских работников. Монография. – Москва: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». – 2011. – 120 с.
5. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии. Монография. – Москва: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». – 2011. – 120 с.
6. Баринов Е.Х., Михеева Н.А., Ромодановский П.О. Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок в стоматологии и пластической хирургии: учебное пособие для вузов. – Москва: Юрайт. – 2019. – 297 с.
7. Юридическая ответственность медицинских работников и организаций. Правовые основы: учебное пособие / Е.Х. Баринов, Н.Е. Добровольская, Н.А. Скребнева [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2021. – 128 с.

## **КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ О НАЗНАЧЕННОМ НАКАЗАНИИ ПО СТАТЬЕ 124 «НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ» УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Ю.С. Бекетова, д.м.н., профессор А.П. Божченко*

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург*

**Аннотация:** Изучались количественные показатели о назначенном наказании по статье 124 «Неоказание помощи больному» Уголовного кодекса Российской Федерации. Установлено, что в период 2016–2023 гг. общее количество осужденных составило 32 человека, из них по части 1 статьи – 0, по части 2 – 32. В динамике по годам количество осужденных было от 1 до 7, при этом наибольшие значения имели место до 2019 г. (максимум в 2016 г.), наименьшие – в последние годы (минимум в 2023 г.). Коэффициент линейной корреляции равен -0,76 (сильной, обратной направленности; уровень статистической значимости  $p < 0,05$ ). Введение в 2019 г. новой статьи 124.1

*«Воспрепятствование оказанию медицинской помощи» УК РФ не изменило ситуацию – с 2019 г. по части 1 и по части 2 указанной статьи не осужден ни один человек. Ставится вопрос о целесообразности декриминализации статей 124 и 124.1 УК РФ.*

**Ключевые слова:** бездействие, больной, неоказание помощи, статья 124 УК РФ, судебно-медицинская экспертиза, уголовное наказание.

## QUANTITATIVE INDICATORS OF THE PUNISHMENT IMPOSED UNDER ARTICLE 124 «FAILURE TO PROVIDE ASSISTANCE TO A PATIENT» OF THE CRIMINAL CODE OF THE RUSSIAN FEDERATION

Y.S. Beketova, A.P. Bozhchenko

Military Medical Academy, Forensic Medicine Department, St. Petersburg

**Summary:** The quantitative indicators of the punishment imposed under Article 124 «Failure to provide assistance to a patient» of the Criminal Code of the Russian Federation were studied. It was established that in the period 2016–2023, the total number of convicts amounted to 32 people, of whom 0 were convicted under part 1 of the article and 32 under part 2. In dynamics by year, the number of convicts ranged from 1 to 7, with the highest values occurring before 2019 (maximum in 2016), the lowest in recent years (minimum in 2023). The coefficient of linear correlation is -0.76 (strong, reverse orientation; level of statistical significance  $p < 0.05$ ). The introduction in 2019 of new Article 124.1 «Obstruction of medical care» of the Criminal Code of the Russian Federation did not change the situation – since 2019, not a single person has been convicted under parts 1 and 2 of this article. The question is raised about the expediency of decriminalizing Articles 124 and 124.1 of the Criminal Code of the Russian Federation.

**Keywords:** inaction, sick, failure to provide assistance, Article 124 of the Criminal Code of the Russian Federation, forensic medical examination, criminal punishment.

Уголовный кодекс Российской Федерации предусматривает ответственность за неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного (часть 1 статьи 124 УК РФ) или же смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью (часть 2 статьи 124 УК РФ) [1].

В 2019 г. в дополнение в статье 124 УК РФ введена уголовная ответственность за воспрепятствование в какой бы то ни было форме законной деятельности медицинского работника по оказанию медицинской помощи, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента (часть 1 статьи 124.1. УК РФ) или же смерти пациента (часть 2 статьи 124.1. УК РФ).

На страницах судебно-медицинских изданий нами [2, 3] и нашими коллегами [4, 5] неоднократно отмечались трудности правоприменения указанных статей, ставился вопрос о целесообразности декриминализации их составов.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение количественных показателей о назначенном наказании по статье 124 «Неоказание помощи больному» и по статье 124.1. «Воспрепятствование оказанию медицинской помощи» Уголовного кодекса Российской Федерации.

**Материалом исследования** служили статистические данные о наказании по итогам уголовного судопроизводства (судами первой инстанции) по статьям 124 и 124.1 УК РФ за период 2016–2023 гг. (данные за 2024 г. на момент написания статьи не были опубликованы) [6]. В работе использовались следующие методы исследования: группировка данных, корреляционный анализ, сравнение, обобщение.

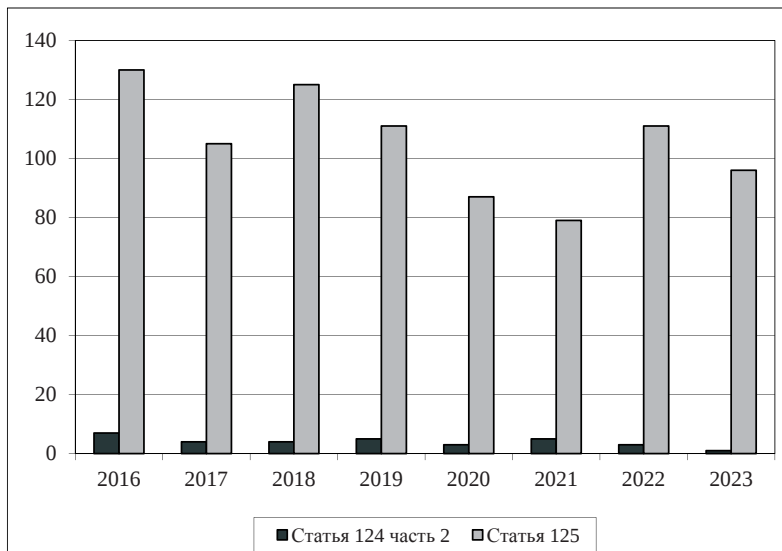
**Результаты.** По итогам проведенного исследования установлено, что в 2016 г. было осуждено 7 человек по статье 124 УК РФ (все по части 1), в 2017 г. – 4 (также все по части 1), в 2018 г. – 4 (все по части 1), в 2019 г. – 5 (все по части 1), в 2020 г. – 3 (все по части 1), в 2021 г. – 5 (все по части 1), в 2022 г. – 3 (все по части 1), в 2023 г. – 1 (по части 1). Таким образом, общее количеств осужденных составило 32 человека, из них все были осуждены по части 1 статьи 124 УК РФ, т.е. за неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, если это повлекло причинение средней тяжести вреда здоровью больного. Коэффициент линейной корреляции равен -0,76 (сильная связь, обратной направленности;  $p < 0,05$ ).

В период с 2019 по 2023 г. не было ни одного осужденного по статье 124.1.

Для сравнения, по статье 125 «Оставление в опасности» УК РФ в 2016 г. осуждено 130 человек, в 2017 г. – 105, в 2018 г. – 125, в 2019 г. – 111, в 2020 г. – 87, в 2021 г. – 79, в 2022 г. – 111, в 2023 г. – 96. Общее количеств

осужденных – 844 человека, что в 26,4 раза больше, чем по статье 124 УК РФ. Коэффициент линейной корреляции, однако, такой же направленности (обратной) и средней силы ( $-0,61$ ;  $p < 0,05$ ).

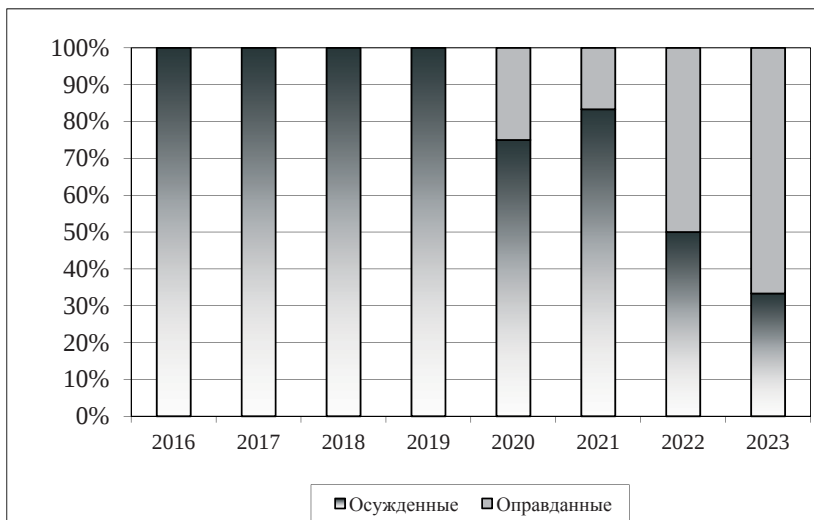
Установленное соотношение хорошо видно на диаграмме (Рис. 1).



**Рис. 1.** Соотношение количества осужденных по статьям 124 (черные столбцы) и 125 (серые столбцы) УК РФ в динамике по годам (2016–2023 гг.)

Виды назначенного наказания по статье 124 УК РФ: лишение свободы – 5 человек (из 32 это 15,6%), условное лишение свободы – 19 человек (59,4%), другие виды наказания (ограничение свободы, штраф, исправительные работы и пр.) – 8 (25,0%).

Оправдано по статье 124 УК РФ всего 7 человек (все из них по части 2), что в 4,6 раза меньше по сравнению с количеством осужденных по этой же статье (32 человека). Из них подбавляющее большинство оправданных (6 из 7 человек) – за последние 3 года (Рис. 2).



**Рис. 2.** Соотношение количества осужденных (черные столбцы) и оправданных (серые столбцы) по статье 124 УК РФ в динамике по годам (2016–2023 гг.)

**Заключение.** В исследуемый период 2016–2023 гг. общее количество осужденных по статье 124 «Неоказание помощи больному» УК РФ составило 32 человека, из них по части 1 статьи – 0, по части 2 – 32. В динамике по годам количество осужденных было от 1 до 7, при этом наибольшие значения имели место до 2019 г. (максимум в 2016 г.), наименьшие – в последние годы (минимум в 2023 г.). Коэффициент линейной корреляции равен  $-0,76$  ( $p < 0,05$ ). Наряду с этим в последние годы имел место рост количества оправданных по статье 124 УК РФ. Введение в 2019 г. новой статьи 124.1 «Воспрепятствование оказанию медицинской помощи» УК РФ не изменило ситуацию – с 2019 г. по части 1 и по части 2 указанной статьи не осужден ни один человек. Для сравнения, количество осужденных по близкой по составу статьи 125 «Оставление в опасности» УК РФ многократно больше (более чем в 26 раз). Целесообразна декриминализации статей 124 и 124.1 УК РФ.

### Литература

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 28.12.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2025).

2. Божченко А.П. Категория вреда здоровью в Уголовном кодексе Российской Федерации // Медицинское право. 2020. № 5. С. 23-28.

3. Божченко А.П. Профессионально-должностные преступления медицинских работников: статистика и сравнительный анализ // Медицинское право. 2020. № 2. С. 17-23.

4. Шмаров Л.А. Взгляд судебно-медицинского эксперта на безопасность медицинской услуги // Вестник судебной медицины. Новосибирск, 2018. № 1. С. 45-49.

5. Шмаров Л.А. Логический анализ понятия «медицинская ошибка» // Судебно-медицинская экспертиза. М., 2018. № 3. С. 49-53.

6. Уголовное судопроизводство. Данные о назначенном наказании по статьям УК // stat.api-пресс.рф (дата обращения: 31.01.2025).

## **ОЦЕНКА ЗАКЛЮЧЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ, СОДЕРЖАЩЕГО ВЫВОД О ПРИЧИНЕНИИ ПОТЕРПЕВШЕМУ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ**

*д.м.н., профессор И.Б. Бойко*

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань*

**Аннотация:** «понятийная» неопределенность в отношении психического расстройства допускает неоднозначное толкование и произвольное применение при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью, при производстве судебно-медицинской экспертизы.

В статье представлена оценка заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов, содержащего вывод о причинении потерпевшему средней тяжести вреда здоровью. Спорность этого вывода определяет проведенный анализ с учетом положений статей 111 и 112 УК РФ, а также нормативно-правовых актов по данной проблематике.

**Ключевые слова:** психическое расстройство; средней тяжести вред здоровью; судебно-медицинская экспертиза; судебно-психиатрическая экспертиза тяжкий вред здоровью.

## **ASSESSMENT OF THE CONCLUSION OF THE FORENSIC PSYCHIATRIC COMMISSION OF EXPERTS CONTAINING THE CONCLUSION THAT THE VICTIM SUFFERED MODERATE HARM TO HEALTH**

*I.B. Boyko*

*Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ryazan*

**Summary:** The «conceptual» ambiguity in relation to mental disorder allows for ambiguous interpretation and arbitrary application in determining the severity of harm caused to health during forensic medical examination.

The article presents an assessment of the conclusion of the forensic psychiatric commission of experts, which contains the conclusion that the victim suffered moderate harm to health. The controversial nature of this conclusion is determined by the analysis carried out taking into account the provisions of Articles 111 and 112 of the Criminal Code of the Russian Federation, as well as regulatory legal acts on this issue.

**Keywords:** mental disorder; moderate harm to health; forensic medical examination; forensic psychiatric examination grievous bodily harm.

Понятие «психическое расстройство», имея универсальный характер, оставляет без конкретики характер, длительность и выраженность его фактического влияния на психическое здоровье. Недостаточная разработанность этого медицинского критерия приводит к появлению в заключениях комиссии экспертов вывода об отнесении установленного психического расстройства к квалифицирующему признаку средней тяжести вреда здоровью [1]. Спорность этого вывода определяет трактовка статей 111 и 112 УК РФ, а также отдельных положений нормативно-правовых актов по данной проблематике [2, 3].

Настоящее сообщение представляет аналитическое исследование заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов (далее – Заключение), содержащего вывод о причинении пострадавшему Д. средней тяжести вреда здоровью.

Заключение имеет отношение к «дополнительной амбулаторной комплексной комиссионной судебной психолого-психиатрической экспертизе с привлечением эксперта ... бюро СМЭ». Данная дополнительная комплексная судебная экспертиза (далее – ДКСЭ) проведена 12.07.2023 г. в отношении Д., 11 лет, являющегося потерпевшим в уголовном деле, возбужденном по признакам преступления, предусмотренного ст. 127 УК РФ («Незаконное лишение свободы»).

Состав комиссии ДКСЭ: три врача по специальности «Судебно-психиатрическая экспертиза», психолог по специальности «Медицинская

психология» и врач–судебно-медицинский эксперт; все специалисты представлены в качестве членов комиссии.

Обстоятельства произошедшего: 16.08.2022 г. у Д. на детской площадке возник словесный конфликт с Г., 64 лет, приведший к причинению Д. множественных ссадин и кровоподтеков на шее, груди и ногах, а также к насильственному перемещению в гараж Г., из которого Д. самостоятельно выбраться не мог, так как Г. преградил собой выход из него. Со слов Д., он находился в гараже «около 10 минут». Г., давая показания по поводу случившегося, отрицал нанесение Д. ударов и причинение ему телесных повреждений, заведение Д. в гараж и удерживание в нем.

Вопросы, поставленные на разрешение экспертов: 1) страдал ли потерпевший Д. ранее или страдает ли в настоящее время каким-либо психическим расстройством или заболеванием, если да, то каким именно, и с какого периода времени? 2) повлекло ли совершенное в отношении потерпевшего преступление какие-либо психологические последствия, и как это отразилось на его психическом здоровье, если да, то причинен ли потерпевшему вред здоровью и какой степени?

Из текста исследовательской части Заключения известно следующее:

- «достоверных сведений о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет»; «родился старшим из троих детей... от беременности, протекавшей на фоне пиелонефрита, гестоза второй половины, ХФПН, срочных самостоятельных родов... с оценкой по шкале Апгар 8-9б»; «в возрасте 2-х месяцев... был установлен диагноз: «Синдром ликвородинамических нарушений, внутричерепной гипертензии, пирамидной недостаточности вследствие перинатального гипоксического поражения ЦНС, натальной травмы шейного отдела позвоночника», ...в возрасте одного года: «Синдром легкой пирамидной недостаточности вследствие перинатального поражения ЦНС, ...в возрасте 5-ти лет перенес сотрясение головного мозга, сознание не терял»; «детский сад практически не посещал, так как часто болел простудными заболеваниями»;

- «после событий 16.08.2022 г. ...был крайне тревожным, боялся один выходить на улицу, плохо спал по ночам, испытывал трудности в общении со сверстниками, стал плохо учиться в школе»;

- психологом установлены (*дата не указана, отсутствуют данные об его уровне профессионализма*): «перенесенное сильное травмирующее переживание», «признаки психического расстройства», «отклонения познавательной деятельности ребенка», «колебания тревожно-депрессивного ряда», «стойкое ощущение потери безопасности», «изменения психоэмоционального состояния» которые «могли быть вызваны противоправными действиями, совершенными в отношении него»;

- «очевидное (*без подтверждения*) наличие признаков посттравматического стрессового расстройства, выявленных в результате ...психологического исследования и подтвержденного диагнозом врача (*в Заключении нет этого диагноза*); данное расстройство, как показывает психологическое исследование, вызвано комплексным действием физического и психологического насилия, совершенного в отношении ребенка 16.08.2022 г. (*вывод безоснователен и противоречит утверждению, представленному выше*);

- 09.09.2022 г. был осмотрен «психиатром, психотерапевтом» медицинского центра; «...мальчик был контактен, ориентирован всесторонне верно, тревожен, эмоционально лабилен»; «его интеллект, мышление и память развиты по возрасту»; «был поставлен диагноз F 43.1»;

- 26.09.2022 г. был осмотрен «педагогом-психологом» другого медицинского центра; «вел себя осторожно, скованно»; «наблюдалась напряженность всего тела»; «контакт устанавливался постепенно»; «эмоции сдержанные, наблюдалось ровное пониженное настроение»; «детально проговаривал случившуюся ситуацию, никак эмоционально ее не подпитывал, эмоции были нейтральны»; «выявлено снижение высших психических функций»; «снижено внимание (концентрация, переключаемость, распределение внимания, замедленность мыслительных

процессов, «вязкость», вследствие этого низкие показатели результатов при диагностике памяти»; «наблюдалось повышение общей тревожности, что проявлялось одновременно внешним спокойствием и сильным напряжением, сдерживающее внутренние эмоции»; «в речи были запинки, сдерживание жестикуляции»; «Заключение: признаки посттравматического синдрома»;

- при исследовании 12.07.2023 г.: «Психическое состояние: ...в ясном сознании. Полностью ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внешне опрятен, выглядит соответственно своему возрасту. В поведении спокоен, упорядочен. ...Обнаруживает достаточный уровень интеллектуального развития, запас общеобразовательных знаний, последовательную, грамматически правильную речь с достаточным словарным запасом. ...В настоящее время подэкспертный отрицает наличие каких-либо жалоб. ...Эмоциональные реакции соответствуют ситуации обследования. Мышление в обычном темпе, последовательное. Суждения понятные и логичные. Память сохранена как на недавние, так и имевшие место ранее события. Интеллект достаточный. Психотическая симптоматика (галлюцинации, бред) отсутствует».

### **Обсуждение**

1. Утверждение комиссии «Д. ранее, до совершения в отношении него противоправных действий, каким-либо психическим расстройством не страдал, он мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и мог давать о них показания» никак и ничем не подтверждается; доказательства этого вывода не приводятся. Заключение не содержит профессиональных оценочных сведений о психическом состоянии Д. до 16.08.2022 г.

2. Нельзя признать доказанным и факт развития у Д. невротического состояния в форме «посттравматического стрессового расстройства (шифр по МКБ 10 F 43.1)» «после совершенных в отношении него противоправных действий 16 августа 2022 года».

Во-первых, были ли совершенные в отношении Д. действия действительно противоправными? Установление противоправности – исключительная прерогатива суда.

Во-вторых, до даты «уличного» конфликта могла(и) быть еще и другая(ие) неуказанная(ые) дата(ы) каких-либо действий, способных привести Д. к «посттравматическому стрессовому расстройству». В Заключении об этом нет информации, как и нет информации о давности причинения Д. телесных повреждений (ссадины «в левой околоушно-жевательной области, на шее, задней поверхности груди слева, правой нижней конечности»; кровоподтеки «в области правого плечевого сустава и на задней поверхности груди справа, на левом бедре»).

В-третьих, диагноз психического расстройства выставлен только на основании жалоб его матери и самого Д.: «снижение настроения, нарушение сна с кошмарными сновидениями, страхами, тревогой, переживаниями случившегося, плаксивостью, снижением работоспособности».

В-четвертых, необудительная психологическая оценка состояния Д.: «фиксация на негативных переживаниях, настороженность, чувство тревожного ожидания».

3. Особого внимания заслуживает вывод врача–судебно-медицинского эксперта: «Экспертом по специальности психиатрия на основании изучения представленных материалов уголовного дела, медицинской документации, а также обследования в ...бюро СМЭ было установлено наличие у Д. невротического состояния в форме посттравматического стрессового расстройства (шифр по МКБ 10 F 43.1). Вышеуказанное расстройство не является актуальным на момент производства экспертизы, однако являлось длительным, выраженным, и обуславливало социальную дезадаптацию. Данное расстройство находится в прямой причинно-следственной связи с совершенными в отношении Д. действиями. Таким образом, данное расстройство подлежит квалификации в соответствии с пунктом 7.1. Медицинских критериев определения степени тяжести вреда причиненного

здоровью человека, так как повлекло длительное расстройство здоровья (свыше 21 дня)».

Свое суждение врач – судебно-медицинский эксперт основывает на выводе другого члена комиссии – «эксперта по специальности психиатрия». При этом длительность, выраженность вышеуказанного расстройства, как и обусловленную им социальную дезадаптацию не раскрывает. Его утверждение, что «данное расстройство находится в прямой причинно-следственной связи с совершенными в отношении Д. действиями» никак не обосновано.

Отнесение психического расстройства к п.7.1. Медицинских критериев [3], «так как повлекло длительное расстройство здоровья», представляется неправильным. Во-первых, все выводы, представленные в Заключение, не содержат данные, позволяющие согласиться с временной нетрудоспособностью Д., продолжительностью свыше 3 недель (более 21 дня). Во-вторых, данный критерий имеет отношение к причиненным повреждениям [3].

Для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью, достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких – тяжесть вреда определяется по признаку большей степени тяжести вреда [1, 2]. В анализируемом случае фигурируют два признака – «психическое расстройство» и «временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность)». Первый – имеет отношение к определению тяжкого вреда здоровью, второй – средней тяжести вреда здоровью. При таком понимании справедливо установление причинения тяжкого вреда здоровью.

### **Заключение**

Психическое расстройство, выявленное у Д. при производстве ДКСЭ, по своим характеристикам не соответствует признаку тяжкого вреда здоровью – «психическое расстройство». Представленный в Заключение

«психиатрический» вывод комиссии не позволяет определить в отношении Д. причиненный вред здоровью и его степень.

Мнение судебного эксперта судебно-медицинского профиля о причинении Д. средней тяжести вреда здоровья представляется не обоснованным и ошибочным. Необходимо проведение новой судебной экспертизы – повторной комплексной судебной экспертизы с включением в ее состав другого врача-судебно-медицинского эксперта, врача-психиатра и специалиста в области медицинской психологии.

### **Литература**

1. Постановление Конституционного суда Российской Федерации от 11 января 2024 г. №1-П «по делу о проверке конституционности части первой статьи 111 и части первой статьи 112 Уголовного кодекса Российской Федерации, а также пункта 3 Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в связи с жалобой гражданина Б.» // Российская газета. 31.01.2024 г. № 9262.

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. №522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Российская газета. 24.08.2007 г. № 185.

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Российская газета. 04.09.2008 г. № 4743.

## **ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ЖИВОГО ЛИЦА ПРИ ПОМОЩИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Л.В. Булавина, Е.П. Матесонова*

*Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь, г. Гомель*

**Аннотация:** идентификация личности происходит с учетом признаков внешности каждого человека, которые делятся на собственные (когда принадлежат одному человеку), постоянные (которые развиваются и сохраняются при нормальном развитии на протяжении всей жизни человека) и временные (которые могут возникать и исчезать в определенные периоды жизни человека). Необходимость идентификации личности у живых лиц возникает при судебно-медицинских экспертизах, когда живое лицо предоставляет с определенной целью заведомо ложную информацию о себе, желая скрыть свою личность или имеющиеся у него заболевания. Наиболее достоверными и часто используемыми методами являются рентгенологические, которые мало затратные, информативные и удобные в использовании. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головного мозга при сравнении позволяют с

уверенностью сказать, принадлежат ли данные исследования костей черепа и головного мозга устанавливаемому лицу.

**Ключевые слова:** судебная медицина, методы идентификации личности, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, судебно-медицинская экспертиза.

## **IDENTIFICATION OF THE IDENTITY OF A LIVING PERSON USING INSTRUMENTAL RESEARCH METHODS**

**L.V. Bulavina, E.P. Matesonova**

*State Forensic Examinations Committee of the Republic of Belarus, Gomel*

**Summary:** identification of a person occurs taking into account the signs of each person's appearance, which are divided into their own (when they belong to one person), permanent (which develop and persist with normal development throughout a person's life) and temporary (which can arise and disappear during certain periods of a person's life). The need to identify the identity of living persons arises during forensic medical examinations, when a living person provides deliberately false information about himself for a specific purpose, wanting to hide his identity or his existing diseases. The most reliable and frequently used methods are radiological, which are less expensive, informative and convenient to use. Computed tomography and magnetic resonance imaging of the brain, when compared, allows us to say with confidence whether the data from the examination of the bones of the skull and brain belong to the person being identified.

**Keywords:** forensic medicine, methods of identification of personality, computed tomography, magnetic resonance imaging, forensic examination.

**Введение.** Идентификация личности живых лиц входит в число наиболее сложных и актуальных задач судебно-медицинских экспертов в своей деятельности и представляет собой одну из наиболее актуальных научных проблем [1]. Идентификация личности – это установление соответствия неизвестного живого лица или трупа с искомым человеком на основании совпадения индивидуальных признаков. В 70-х–80-х годах идентификация личности проводилась путем использования антропометрических данных (рост, телосложение, осанка, пропорции тела и их соотношение), возрастных особенностей строения костей скелета (определение точек окостенения), рентгенограмм, фотографий и т.п., что снижало вероятность установлении личности человека. Чаще всего эти методы представляет собой совокупность нескольких направлений, которые позволяют идентифицировать личность с высокой степенью достоверности. В настоящее время имеется большое количество методов установления личности физических лиц, что позволяет экспертам подбирать в каждом

конкретном случае свои методики в зависимости от поставленных целей и задач, а также имеющихся материалов при проведении экспертизы. Подэкспертные для изменения своей внешности используют современные технологии (пластическую хирургию, стоматологию, медицинскую косметологию, декоративную косметику, ношение париков и т.п.), что значительно затрудняет установление его личности в судебно-медицинской и криминалистической практике и приводит к необходимости дальнейшего развития судебной медицины в данном направлении. Основные методы, используемые при идентификации личности живого лица, это: дактилоскопия, идентификация по стоматологическому статусу (зубо-челюстного аппарата), рентгенологический метод, остеометрический метод, судебно-биологические методы, молекулярно-генетический метод и другие. На сегодняшний день в судебно-медицинской практике с целью идентификации личности можно получить из кадров видеозаписи (камер видеонаблюдений с мест происшествия) и сравнивать с данными экспериментальной видеозаписи, на которой запечатлен конкретный человек при проведении следственных действий, учитывая походку, мимику, артикуляцию, бытовые привычки и т.п. В практике судебно-медицинского эксперта наиболее востребованным и информативным методом был и остается рентгенологический метод, современную медицину трудно представить без рентгенологии [2]. Являясь неотъемлемой частью любой клинической дисциплины, рентгенологический метод исследования с успехом используется и в отдельных теоретических отраслях медицинской науки. Большие возможности, объективность, достоверность метода делают его применение и в судебной медицине весьма перспективным [3]. Важнейшими требованиями при проведении рентгенологического исследования для получения качественных снимков являются соблюдение правил укладки человека, что позволяет исключить какие-либо проекционные искажения или артефакты, в том числе проведение дополнительных и прицельных снимков. Применение традиционного

рентгенологического метода исследования не всегда является информативным. Появление и быстрое развитие нового рентгенологического метода – компьютерной томографии (КТ), позволило коренным образом изменить подходы к идентификации личности человека и исследованию многих травм, а также позволяет установить первичную картину повреждений до проведения неотложных оперативных вмешательств, в том числе является источником информации, сохраняющей первоначальную морфологическую картину повреждений. Предпосылкой её появления послужили недостатки обычной рентгенографии, породившие идею получения не одного, а ряда снимков, выполненных под разными ракурсами, и определения по ним путём математической обработки плотностей исследуемого вещества в ряде сечений [4]. Высокая чувствительность метода КТ исследования к изменениям рентгеновской плотности изучаемых тканей обусловлена тем, что получаемое изображение, в отличие от обычного рентгеновского, не искажается наложением изображений других структур, через которые проходит рентгеновский пучок [5]. КТ исследование при использовании специальных программ позволяет получать трехмерное реконструированное изображение (полное воссоздание формы костных структур во всех плоскостях на основе аксиальных проекций) исследуемой области и реальный размер. С позиций доказательной медицины в основе оценки диагностической эффективности того или иного метода исследования лежит сравнение его результатов с истинной картиной, так называемыми данными «золотого стандарта», к которому прежде всего относят патоморфологические исследования [6]. Также широкое применение получил метод магнитно-резонансной томографии (МРТ), основанный на явлении ядерно-магнитного резонанса (ЯМР) и используемый преимущественно для медицинских исследований. Преимущество МРТ перед КТ состоит в более высокой разрешающей способности, большей контрастности изображений, возможности получения изображений сосудов, производство функциональных исследований, определение спектрального состава веществ,

возможности получения срезов в различных плоскостях и отсутствии гамма-лучевого воздействия на пациента. МРТ по сравнению с КТ позволяет составить более чёткое представление об объёме и неравномерности распространения опухолей [4]. Таким образом, методы лучевой диагностики КТ и МРТ в совокупности дополняют друг друга, просты в проведении, доступны, информативны и занимают одно из ведущих мест в клинической практике и судебно-медицинской деятельности, с их помощью устанавливают большое количество заболеваний и повреждений.

**Случай из экспертной практики.** Несовершеннолетняя девочка К., 10 лет, в 2018 году поступает в районную больницу после потери сознания с жалобами на головокружение, головную боль, тошноту и двукратную рвоту. При проведении рентгенологического исследования костей черепа и наружном осмотре каких-либо телесных повреждений не обнаружено, для дальнейшего дообследования и установления её состояния была направлена в областную больницу, где ей были проведены КТ и МРТ исследования головного мозга и выявлена липома намёта мозжечка. С вышеуказанными жалобами несовершеннолетняя девочка К. обращалась неоднократно в период времени с 2019 по 2021 год и проходила неоднократное амбулаторное и стационарное лечение в медицинских учреждениях по данному заболеванию. Для прохождения медицинской комиссии при поступлении в кадетское училище мать несовершеннолетней К. для сокрытия личности и заболевания своей дочери в 2019 году предоставила в отдел гражданства и миграции поддельную фотографию другой девочки со схожими антропометрическими данными, как у несовершеннолетней девочки К., и при этом был получен фиктивный паспорт. С данным паспортом и другой девочкой, выдавая её за свою дочь К., мать несовершеннолетней обращались в различные медицинские учреждения с целью прохождения КТ и МРТ исследования головного мозга, на которых доброкачественного заболевания головного мозга не обнаружено. У правоохранительных органов возникли вопросы по идентификации личности несовершеннолетней девочки К. и

установления, какой из девочек принадлежат предоставленные КТ и МРТ исследования головного мозга и у кого из них имеется доброкачественное заболевание. Для идентификации личности подэкспертной несовершеннолетней девочки К. и установления липомы намёта мозжечка, экспертной комиссией был проведен сравнительный анализ КТ и МРТ исследований головного мозга в динамике. Было выявлено, что предоставленные результаты исследований за 2018 год и 2021 год относятся к одному человеку, при этом были оценены костные структуры черепа (его форма, искривленная носовая перегородка, объем околоносовых пазух), особенности хода сосудов виллизиева круга (сосудов основания головного мозга), гипоплазия левой позвоночной артерии, особенности структуры головного мозга (в том числе расширенные периваскулярные пространства). Сравнительный экспертный анализ позволил установить объективные данные, указывающие на наличие доброкачественного образования головного мозга (интракраниальную липому) на МРТ исследовании. На одном из МРТ исследований, выполненном в 2021 году, отмечаются артефакты, обусловленные наличием парика, которые подтверждались типичными артефактами магнитно-резонансной восприимчивости от металлических элементов в фиксаторах. Также, при проведении сравнительного экспертного анализа КТ головного мозга, выполненной в 2019 году, комиссия экспертов установила, что предоставленное исследование принадлежит другому человеку, что подтверждалось разницей в форме черепа (более вытянутый), структурными особенностями околоносовых пазух (гипоплазия левой верхнечелюстной пазухи, асимметрия лобных пазух), расположением носовой перегородки (расположена срединно), особенностями хода сосудов виллизиева круга, симметричными позвоночными артериями, кистозным типом строения шишковидной железы. После проведения сравнительного экспертного анализа предоставленных результатов компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии экспертная комиссия пришла к выводам, что МРТ и КТ исследования

головного мозга, проведенные в 2018 году и 2021 году, принадлежат несовершеннолетней девочке К., а КТ исследование головного мозга, выполненное в 2019 году, принадлежит другому человеку.

**Заключение.** Значительной частью повседневной деятельности в судебно-медицинской экспертной практике для установления личности становится использование современных инновационных технологий. Использование одного метода исследования для идентификации личности в судебно-медицинской деятельности не позволяет достоверно установить личность. Сочетание методов исследования, их комплексное использование и сравнительный анализ значительно увеличивает вероятность идентификации личности человека. Применение рентгенологического метода исследования компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга при идентификации личности живого человека является неотъемлемой частью судебно-медицинской экспертизы, результаты КТ и МРТ могут долго храниться на магнитных носителях, что позволяет проводить сравнительный экспертный анализ на основе полученных данных вышеуказанных методов исследования через длительный промежуток времени.

Данные инструментальных методов исследования позволили воспроизвести изображения головного мозга в период времени с 2018 года по 2021 год, идентифицировать личность человека и дать научно-обоснованные ответы в ходе проведения судебно-медицинской экспертизы.

### **Литература**

1. Алгоритмы судебно-медицинской идентификации личности / А.Х. Аманмурадов, Ю.И. Пиголкин, Д.В. Богомолов, Г.В. Золотенкова, И.Н. Богомолова, М.В. Федулова // Альманах судебной медицины. – 2001. – № 2. – С. 27-28.
2. Дадабаев В.К. К вопросу о возможности использования спиральной компьютерной томографии в судебно-медицинской практике // Судебная экспертиза. – 2011. – № 1(25). – С. 80-83.
3. Буров С.А., Резников Б.Д. Рентгенология в судебной медицине. Издательство Саратовского университета, 1975, – 288 с.
4. Марусина М.Я., Казначеева А.О. Современные виды томографии. Учебное пособие. – СПб: СПбГУ ИТМО, 2006. – 132 с.

5. Дадабаев В.К., Стрельников В.Н., Стрельников Е.В. Идентификация человека метода рентгеновской компьютерной томографии / Международный научно-исследовательский журнал. 2015, № 9(40), Часть 4. С.19–27.

6. Кильдюшов Е.М., Егорова Е.В., Кузин А.Н., Жулидов А.А. Диагностические возможности компьютерной томографии при судебно-медицинской экспертизе черепно-мозговой травмы. Судебно-медицинская экспертиза. – 2018. – Т. 61, № 4. – С. 19–23.

## **ПРОБЛЕМА УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННОЙ СВЯЗИ В ПРЕСТУПЛЕНИИ, ПРЕДУСМОТРЕННОМ СТ. 124 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*к.ю.н., доцент Е.Г. Быкова*

*Екатеринбургский филиал Московской академии Следственного комитета  
Российской Федерации имени А.Я. Сухарева, г. Екатеринбург*

**Аннотация:** Статья посвящена исследованию вопроса о том, как установить причинную связь в преступлении, предусмотренном ст. 124 УК РФ. При изучении научных публикаций и практики применения указанной нормы определено, что в теории уголовного права и среди медицинского сообщества единство мнений по этому поводу отсутствует. Суды решают обозначенный вопрос по-разному. Одни не видят препятствий для оценки неоказания медицинской помощи по ст. 124 УК РФ при отсутствии в заключении судебно-медицинской экспертизы вывода о прямой причинно-следственной связи между бездействием медика и наступившими неблагоприятными последствиями для пациента, другие считают этот вывод обязательным. Автор разделяет мнение ученых-правоведов о необоснованности второго подхода. С учетом этого сформулированы рекомендации по установлению исследуемого объективного признака при квалификации неоказания медицинской помощи по ст. 124 УК РФ.

**Ключевые слова:** бездействие, неоказание помощи, причинная связь, медицинская помощь, ст. 124 УК РФ.

## **THE PROBLEM OF ESTABLISHING A CAUSAL RELATIONSHIP IN A CRIME UNDER ARTICLE 124 OF THE CRIMINAL CODE OF THE RUSSIAN FEDERATION**

*E.G. Bykova*

*Yekaterinburg Branch of the Sukharev Moscow academy of the Investigative Committee  
of the Russian Federation, Yekaterinburg*

**Summary:** The article is devoted to the study of how to establish a causal relationship in a crime under art. 124 of the Criminal Code of the Russian Federation. When studying scientific publications and the practice of applying this rule, it was determined that there is no consensus on this issue in the theory of criminal law and among the medical community. The courts resolve this issue in different ways. Some see no obstacles to assessing the failure to provide medical care under art. 124 of the Criminal Code of the Russian Federation, in the absence of a conclusion in the conclusion of a forensic medical examination about a direct causal relationship between the inaction of a physician and the adverse consequences for the patient, others consider this conclusion mandatory. The author shares the opinion of legal scholars about the unreasonableness of the second approach. With this in mind, recommendations are

*formulated to establish the objective feature under investigation when qualifying non-provision of medical care under art. 124 of the Criminal Code of the Russian Federation.*

**Keywords:** *inaction, failure to provide assistance, causation, medical care, art. 124 of the Criminal Code of the Russian Federation.*

В ст. 124 Уголовного кодекса Российской Федерации [1] (далее – УК РФ) предусмотрена ответственность за неоказание помощи больному, повлекшее указанные в диспозиции части первой или второй данной статьи последствия. В настоящее время это единственная специальная норма, устанавливающая ответственность медицинского работника за неоказание медицинской помощи, однако применяется она редко. По данным Судебного департамента при Верховном Суде РФ, приведенным в Форме 10-а «Отчет о числе осужденных по всем составам преступлений Уголовного кодекса Российской Федерации», за 1 полугодие 2024 года по ч. 2 ст. 124 УК РФ осуждено 4 лица, по ч. 1 ст. 124 УК РФ – ни одного [2]. Как видится, основная причина ее неприменения заключается в проблеме установления обязательного признака объективной стороны – причинной связи.

Целью настоящего исследования является поиск ответа на вопрос о том, как установить причинную связь между неоказанием помощи больному и наступившим в результате этого вредом здоровью либо смертью.

Материалами для исследования стали научные публикации, посвященные уголовно-правовым вопросам причинной связи при преступном бездействии, а также проблемам установления при производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы причинно-следственной связи между неоказанием медицинской помощи и наступившими для пациента неблагоприятными последствиями; судебные акты по уголовным делам о преступлении, предусмотренном ч. 2 ст. 124 УК РФ. Для их изучения использовались диалектический, аналитический, формально-юридический методы познания.

При проведении исследования установлено, что в философском понимании причина и следствие существуют объективно, поэтому причинно-следственная связь присуща самим вещам и явлениям материального мира.

Она не зависит от воли и сознания человека [3; с. 8]. С позиции философии причинно-следственная связь либо есть, либо ее нет.

В уголовном праве высказаны разные мнения по вопросу о причинной связи в преступлении. Одни ученые считают, что никакой другой причинной связи, кроме той, которая образует естественно-научное, философское понятие, не существует [4; с. 154; 5; с. 111, 117]. Другие криминалисты придерживаются позиции, что причинно-следственной связи наряду с философскими присущи иные специфические признаки, в частности, что необходимо учитывать субъективные или иные объективные признаки [6; с. 339]. Применительно к медицинским преступлениям специалистами по уголовному праву постоянно обсуждается проблема разделения причинно-следственной связи на прямую и косвенную, которое, по справедливому замечанию Г.А. Есакова, «не основывается на каком-либо верифицируемом критерии» [7].

Поскольку деяние – неоказание помощи больному – характеризуется бездействием, проблема применения ст. 124 УК РФ усугубляется отсутствием в теории уголовного права единства мнений по вопросу о возможности установления причинной связи в таких противоправных деяниях [8; с. 435; 9; с. 241].

Дискуссия относительно причинно-следственной связи при бездействии затрагивает не только уголовно-правовую сферу, она актуальна для медицинского экспертного сообщества. Так, Л.А. Шмаров считает возможным установление в ходе судебно-медицинской экспертизы причинно-следственной связи между бездействием медицинского работника и вредом здоровью пациента. Он предлагает ввиду отсутствия законодательных понятий «действие», «бездействие» ориентироваться на их уголовно-правовое толкование [10; с. 147]. Поддерживая эту идею, следует отметить, что в уголовном праве бездействие принято разделять на два вида: чистое и смешанное. В случае причинения тяжкого вреда здоровью или смерти пациенту неоказание помощи больному при наличии оснований

оценивается по ст. 124 УК РФ, поскольку является чистым бездействием, а ненадлежащее оказание медицинской помощи квалифицируется по ч. 2 ст. 118 УК РФ или ч. 2 ст. 109 УК РФ, так как частичное совершение действий обязанным лицом считается в уголовном праве смешанным бездействием. Поэтому в контексте исследуемой проблемы вопрос о виде бездействия является принципиальным.

Согласно сложившейся судебной практике для правовой оценки содеянного медицинским работником по ч. 2 ст. 118 УК РФ или по ч. 2 ст. 109 УК РФ необходимо, чтобы в заключении комиссионной судебно-медицинской экспертизы содержался вывод о наличии прямой причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими неблагоприятными последствиями.

По уголовным делам о неоказании помощи больному указание в заключении комиссионной судебно-медицинской экспертизы на косвенную причинно-следственную связь между бездействием медицинского работника и наступившими неблагоприятными последствиями, по общему правилу, не должно препятствовать привлечению этого субъекта к ответственности по ст. 124 УК РФ. Однако, по справедливому замечанию Е.В. Хромова, на практике зачастую происходит смешение причинной связи в физическом (медико-биологическом) и юридическом смысле, что не способствует стабильности правоприменения [11].

Изучение 53 судебных актов за 2013–2024 годы по уголовным делам о преступлениях, предусмотренных ч. 2 ст. 124 УК РФ, свидетельствует о неоднозначном подходе к вопросу о характере причинно-следственной связи при неоказании помощи больному без уважительных причин, повлекшему наступление его смерти.

В одних случаях суды самостоятельно устанавливают причинно-следственную связь с учетом всей совокупности обстоятельств уголовного дела и постановляют обвинительные приговоры по ч. 2 ст. 124 УК РФ, если в заключениях судебно-медицинских экспертиз сформулированы выводы

только о наличии нарушений, выразившихся в невыполнении предписаний нормативных актов об оказании медицинской помощи, а также о причине смерти больного (приговор Сергиево-Посадского городского суда Московской области от 21.08.2023 № 1-354/2023, оставленный без изменения апелляционным постановлением Московского областного суда от 16.11.2023 № 22-8882/2023 и постановлением Первого кассационного суда общей юрисдикции от 24.04.2024 № 77-1620/2024; приговор Трусковского районного суда г. Астрахани от 31.10.2019, оставленный без изменения апелляционным постановлением Астраханского областного суда от 14.01.2020 № 22-3/2020 (22-3539/2019) и кассационным определением Четвертого кассационного суда общей юрисдикции от 07.06.2021 по делу № 77-1961/2021; приговор Промышленного районного суда Смоленска от 16.09.2020 № 1-30/2020, оставленный без изменения кассационным определением Второго кассационного суда общей юрисдикции от 29.04.2021 № 77-1074/2021) [12].

Иногда в заключении судебно-медицинской экспертизы есть вывод о наличии причинно-следственной связи без уточнения, прямая она или косвенная. На этом основании суды считают, что причинно-следственная связь как признак состава преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 124 УК РФ, установлена (апелляционное постановление Новгородского областного суда от 12.11.2021 № 1-35-22-1702/2021, оставленное без изменения кассационным определением Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 14.07.2022 № 77-1949/2022) [12].

В других ситуациях суды делают акцент на заключениях судебно-медицинских экспертиз, в которых имеются выводы о наличии прямой причинно-следственной связи между дефектом оказания медицинской помощи, выразившемся в бездействии медицинского работника, и наступившими неблагоприятными последствиями для пациента (приговор Лесозаводского районного суда Приморского края от 15.03.2024 № 1-27/2024, оставленный без изменения кассационным постановлением

Девятого кассационного суда общей юрисдикции от 28.11.2024 № 77-1728/2024; апелляционное определение суда Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 11.01.2024, оставленное без изменения кассационным определением Седьмого кассационного суда общей юрисдикции от 04.12.2024 № 77-3949/2024; постановление Первого кассационного суда общей юрисдикции от 25.01.2023 № 77-185/2023 (77-6700/2022)) [12].

При установлении причинной связи в медицинском преступлении нужно учитывать следующее. В ходе комиссионной судебно-медицинской экспертизы решается вопрос о наличии нарушений оказания медицинской помощи либо прямой причинной связи между недостатком оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом, либо наличии вреда здоровью человека [13; с. 87]. Эксперты дают ответ на вопрос, по какой причине в физическом или медицинском смысле пациенту были причинены вред здоровью или смерть [14].

Следует согласиться с мнением Е.В. Хромова, что с уголовно-правовой точки зрения юридически значимой причиной при неоказании медицинской помощи «является поведение медика, так как если оказание надлежащей медицинской помощи в силу профессиональной обязанности могло и способно было прервать превращение одного явления (заболевания, травмы, отравления) в другое (смерть), то между бездействием медицинского работника и необратимыми изменениями для жизни и здоровья пациента причинная связь имеется» [11].

По итогам исследования можно сделать вывод, что для установления причинной связи между неоказанием помощи больному и преступным результатом рекомендуется первоначально оценивать наступившие последствия. В этом вопросе следует полагаться на выводы в заключении комиссионной судебно-медицинской экспертизы о наличии заболевания и о причине наступления тяжкого вреда здоровью или смерти. Затем нужно проанализировать поведение лица, в вину которому ставится неоказание

медицинской помощи, установить как можно более детально, приступало ли оно к оказанию медицинской помощи, какие действия были совершены. Если медицинская помощь им не оказывалась, то какова причина бездействия, могло ли надлежащее исполнение профессиональных обязанностей предотвратить наступившие общественно опасные последствия.

## **Литература**

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ. Ссылка активна на 31.01.2025. [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_10699/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/).
2. Судебный департамент при Верховном Суде Российской Федерации. Ссылка активна на 31.01.2025. <https://cdep.ru/index.php?id=79&item=8775>.
3. Лебедев С.П. Причина и следствие. М.: Московский рабочий, 1960.
4. Трайнин А.Н. Общее учение о составе преступления. М.: Государственное издательство юридической литературы, 1957.
5. Тимейко Г.В. Общее учение об объективной стороне преступления. Ростов-на-Дону: Издательство Ростовского университета, 1977.
6. Курс советского уголовного права. Часть Общая. Т. 1. Ленинград: Издательство Ленинградского университета, 1968.
7. Есаков Г.А. Причинная связь в сложных ситуациях: неосторожные преступления. Уголовное право. 2024; 4: 20–35.
8. Уголовное право России: Общая часть: Учебник / под ред. Н.М. Кропачева, Б.В. Волженкина, В.В. Орехова. – СПб.: Издательский дом С.-Петерб. гос. ун-та, Издательство юридического факультета С.-Петерб. гос. ун-та, 2006.
9. Российское уголовное право. Общая часть: учебник / под ред. докт. юрид. наук, проф. Н.А. Лопашенко. М.: Юрлитинформ, 2012.
10. Шмаров Л.А. Анализ понятия «вред здоровью» при неоказании медицинской помощи. Судебно-медицинская наука и экспертная практика: задачи, пути совершенствования на современном этапе. Труды IX Всероссийского съезда судебных медиков с международным участием. Том 2, 22-24 ноября 2023 года, Москва / Под общ.ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. Череповец: ИП Мочалов С.В., 2023: 142–147.
11. Хромов Е.В. Проблемы установления причинной связи в преступлениях, предусмотренных ст. 124 УК РФ. Уголовное право. 2024; 1: 51–67.
12. Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс».
13. Левин Д.Г. Саратовский опыт производства судебно-медицинских экспертиз по фактам неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Судебно-медицинская наука и экспертная практика: задачи, пути совершенствования на современном этапе. Труды IX Всероссийского съезда судебных медиков с международным участием. Том 1, 22-24 ноября 2023 года, Москва / Под общ.ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. Череповец: ИП Мочалов С.В., 2023: 78–88.
14. Нагорная И.И. Неоказание помощи больному: трудности квалификации (ст. 124 УК РФ). Уголовное право. 2023; 6: 51–61.

# ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

к.м.н., доцент И.В. Вакуленко<sup>1</sup>, Ю.О. Плосконос<sup>2</sup>, к.м.н.С.Л. Джувалыков<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Астрахань

**Аннотация:** Законодательно закреплено право каждого гражданина на получение качественной, своевременной, в полном объеме медицинской помощи. Однако в последние десятилетия все больше пациентов обращаются в суд и в Следственный комитет с заявлениями о несвоевременной или ненадлежащего качества оказанную медицинскую помощь. Актуальным и дискуссионным остается вопрос отсутствия закрепленных в нормативно-правовых актах определений понятий «дефект оказания медицинской помощи», «ненадлежащее оказание медицинской помощи» и критериев определения ненадлежащего и несвоевременного оказания медицинской помощи. Несмотря на это, в судебно-экспертных учреждениях проводятся комиссионные и комплексные медицинские судебные экспертизы, основной задачей которых является решение вопроса об установлении причинно-следственной связи между действием/бездействием медицинских работников и неблагоприятным исходом медицинской помощи для пациентов. Заключение эксперта является одним из решающих доказательств квалификации деяний медицинских работников, которое может стать поводом для уголовного судопроизводства. В статье рассмотрена и проанализирована судебная практика в рамках уголовного законодательства в отношении медицинских работников за период 2014–2024 годы.

**Ключевые слова:** медицинская помощь, дефект оказания медицинской помощи, заявление, ненадлежащее оказание медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза.

## LEGAL ASSESSMENT OF IMPROPER MEDICAL CARE IN THE ASTRAKHAN REGION

I.V. Vakulenko<sup>1</sup>, Yu.O. Ploskonos<sup>2</sup>, S.L. Dzhuvalyakov<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Astrakhan

<sup>2</sup>Bureau of Forensic Medical Examination, Astrakhan region, Astrakhan

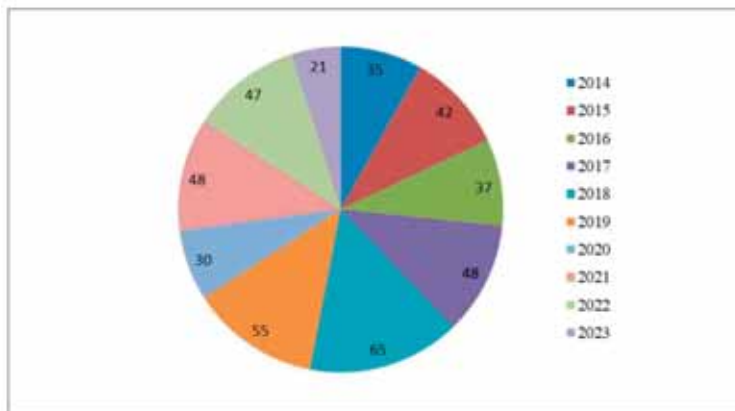
**Summary:** The law establishes the right of every citizen to receive high-quality, timely, and comprehensive medical care. However, in recent decades, more and more patients have been going to court and to the Investigative Committee with allegations of untimely or inadequate quality of medical care. The issue of the lack of definitions of the concepts of «defect in the provision of medical care», «improper provision of medical care» and criteria for determining improper and untimely provision of medical care remains relevant and debatable. Despite this, commission and comprehensive medical forensic examinations are conducted in forensic institutions, the main task of which is to resolve the issue of establishing a causal relationship between the action/ inaction of medical workers and the unfavorable outcome of medical care for patients. The expert's conclusion is one of the decisive proofs of the qualification of the acts of medical workers, which may become a reason for criminal

proceedings. The article examines and analyzes judicial practice in the framework of criminal legislation against medical professionals for the period 2014-2024.

**Keywords:** medical care, medical care defect, application, improper medical care, forensic medical examination.

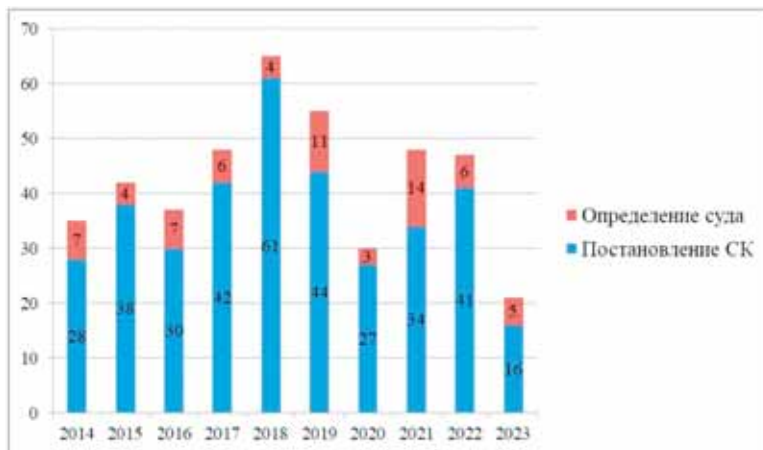
Материалы и методы: при подготовке статьи были изучены и проанализированы судебные решения, вынесенные в Астраханской области, в рамках уголовного законодательства, по делам, где субъектами преступления рассматривались медицинские работники; заключения комиссионных и комплексных медицинских судебных экспертиз, исполненных в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Астраханской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2014–2014 гг.

Комиссионные и комплексные медицинские судебные экспертизы по оказанию медицинской помощи проводились по постановлениям Следственного комитета и по определениям суда в рамках гражданского судопроизводства (Рис.1). Как видно из представленной диаграммы минимальное количество экспертиз приходилось на 2023 год, максимальное на 2018 год.



**Рис. 1.** Количество исполненных комиссионных и комплексных медицинских судебных экспертиз по вопросам оказания медицинской помощи в ГБУЗ АО «БСМЭ» по годам

На следующей диаграмме представлено количество экспертиз с распределением по годам и по инициаторам назначения (Рис. 2). Все постановления Следственного комитета содержали в себе вопросы о причине смерти, правильности и своевременности установления диагноза и оказании медицинской помощи, а также ряд других вопросов. Среди проведенных экспертиз были выявлены случаи оказания медицинской помощи, которые привели к негативным последствиям для пациентов, которые выражались в смерти пациента или причинении тяжкого вреда.



*Рис. 2. Количество экспертиз по постановлениям СК и определениям суда*

За исследуемый период с 2014 по 2024 годы на официальном сайте судебных и нормативных актов РФ были найдены и проанализированы 12 обезличенных судебных решений, вынесенных в рамках уголовного судопроизводства в Астраханской области, в отношении врачей различных специальностей [1]. Из них по семи уголовным делам по части 2 статьи 109 Уголовного кодекса Российской Федерации «Причинение смерти по неосторожности, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»; три по уголовным делам по части 2 статьи 118 Уголовного кодекса Российской Федерации «Причинение тяжкого вреда здоровью, вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих

профессиональных обязанностей»; одно по уголовному делу по части 2 статьи 124 «Неоказание помощи больному, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью» и одно судебное решение по части 2 статьи 293 «Халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека» [2].

При анализе судебных решений по части 2 статьи 109 УК РФ было установлено, что оказанная помощь, которая привела к негативным последствиям, была по профилям – хирургия, анестезиология и реанимация. Хирургическими случаями при проведении оперативного вмешательства – лапароскопической холецистэктомии стали повреждения внутренних органов и сосудов, в результате чего пациент умирал в 1–3 сутки после операции. Ненадлежащее оказание медицинской помощи в анестезиологии и реанимации заключалось в перфорации трахеи, пищевода при проведении интубации. Все изученные случаи позволяют сделать вывод о технических дефектах при проведении медицинских манипуляций. Врачи понесли наказание в виде ограничения свободы, сроком от 1 года 6 месяцев до 2 лет с лишением права заниматься профессиональной деятельностью.

При анализе судебных решений по части 2 статьи 118 УК РФ было установлено, что тяжкий вред здоровью был причинен в результате оказания акушерско-гинекологической помощи, который выражался в нарушении ведения беременности на этапе женской консультации, недооценке рисков и неверном выборе тактики родоразрешения, в результате чего погибал плод; в перфорации стенки матки при установке внутриматочной спирали.

Неоказание помощи больному заключалось в недооценке состояния больного, которое привело к смерти от инфаркта миокарда. Приговором суда было назначено наказание в виде ограничения свободы сроком 2 года 6 месяцев.

Заключение: отсутствие систематизации судебной практики в отношении специального субъекта – медицинского работника не позволяет в

полной мере провести анализ и поиск возможных путей профилактики. Недостаточная осведомленность врачей по вопросам медицинского права, отсутствие нормативно закрепленных понятий «дефект оказания медицинской помощи», «ненадлежащее оказание медицинской помощи» остаются на сегодняшний день актуальными вопросами. Для разработки мер предупреждения совершения медицинскими работниками профессиональных правонарушений необходимо изучать данные вопросы всесторонне, с целью поиска истинных причин, так как страдает в результате самое ценное – жизнь и здоровье людей.

## Литература

1. Судебные акты и решения – Астраханский областной суд (Астраханская область) <https://sudact.ru/regular/court/reshenya-astrakhanskii-oblastnoi-sud-astrakhanskaia-oblast/> (дата обращения: 01.02.2025).
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ. КонсультантПлюс: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_10699/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/) (дата обращения: 01.02.2025).

## МЕСТО И РОЛЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ОБЩЕЙ СИСТЕМЕ СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТОЛОГИИ

*д.ю.н., профессор В.Ю. Владимиров*  
*Академия управления МВД России, Москва*

**Аннотация:** В статье рассматриваются проблемы, связанные с игнорированием многовекового опыта судебно-медицинской экспертной деятельности при создании и совершенствовании общей теории судебно-экспертной деятельности, в том числе нормативного закрепления и методического обеспечения возможностей экспертного исследования материалов дела. Актуальность затронутой темы обусловлена проявившейся в последние годы функциональной разобщенностью судебно-медицинской практики с другими видами судебных экспертиз, некоторым дистанцированием от решения обще криминалистических задач.

Основным инструментом являлся сравнительно-правовой метод исследования.

Судебно-медицинские экспертные учреждения в настоящее время являются единственными, в которых нормативно закреплены виды судебных экспертиз: ситуационные и по материалам дел. Отсутствие концептуального взаимодействия между судебно-экспертными учреждениями различных ведомств и, прежде всего ничем не оправданное игнорирование более чем 300-летнего опыта отечественной судебной медицины при формировании основных положений судебной экспертологии приводит на практике к снижению объективизации расследования.

Представляется, что перечисленные проблемы должны стать предметом межведомственной дискуссии и глубокого изучения в рамках деятельности

*Правительственной комиссии по координации судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации.*

**Ключевые слова:** *ситуационные исследования, экспертиза по материалам дела, специальные знания, судебно-медицинская экспертиза, судебная экспертология.*

## **THE PLACE AND ROLE OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN THE GENERAL SYSTEM OF FORENSIC EXPERTISE**

**V.Y. Vladimirov**

*Academy of Management of the Ministry of Internal Affairs of Russia, Moscow*

**Summary:** *The article examines the problems associated with ignoring the centuries-old experience of forensic medical expertise in the creation and improvement of the general theory of forensic expertise, including the normative consolidation and methodological provision of opportunities for expert research of case materials. The relevance of the topic raised is due to the functional separation of forensic medical practice from other types of forensic examinations that has manifested itself in recent years, and some distancing from solving general forensic problems. The main tool was the comparative legal research method.*

*Forensic medical expert institutions are currently the only ones that have normatively established types of forensic examinations: situational and based on case materials. The lack of conceptual interaction between forensic institutions of various departments and, above all, the unjustified disregard for more than 300 years of experience in domestic forensic medicine in the formation of the basic provisions of forensic expertology leads in practice to a decrease in the objectification of the investigation. It seems that these issues should be the subject of interdepartmental discussion and in-depth study within the framework of the Government Commission for the Coordination of Forensic Expertise in the Russian Federation.*

**Keywords:** *case studies, examination of case materials, special knowledge, forensic medical examination, forensic expertise.*

В эпоху воинствующего сепаратизма всё острее и с некоторой скорбью вспоминаешь межотраслевой, междисциплинарный подход к решению сложных общественно-политических проблем, который имел место в нашей стране не так давно.

В 1946 году, практически сразу после нашей Победы в Великой Отечественной войне, в Одессе состоялся I Всесоюзный съезд судебных медиков и Учредительная сессия Всесоюзного научного общества судебных медиков и криминалистов, основной целью которого была «Научная разработка вопросов теоретической и практической судебной медицины, судебной химии и криминалистики» [1, С. 223]. А уже в июне 1950 года в Ленинграде на 2-й сессии Всесоюзного научного общества судебных медиков и криминалистов было избрано Правление общества под председательством профессора В.И. Прозоровского, при секретаре проф.

М.Д. Швайковой, куда наряду с маститыми учёными в области судебной медицины, такими как В.Ф. Черваков, М.И. Авдеев, А.П. Владимирский, М.И. Райский, Ю.С. Сапожников, В.М. Смольянинов, К.И. Татиев, Л.М. Эйдлин, вошли не менее известные учёные-криминалисты: Н.Н. Бокариус, Б.М. Комаринец, С.М. Потапов, С.Г. Митричев, И.Н. Якимов. Такой симбиоз научных знаний априори предполагал высочайшую эффективность использования специальных знаний в сфере уголовного судопроизводства. Сегодня такой возможности у нас нет.

К огромному сожалению, мы с каждым днём наблюдаем набирающий обороты центробежный процесс разобщения организационного и теоретико-методологического построения различных направлений судебно-экспертной деятельности и криминалистики.

### **Материал и методы**

В качестве материалов исследования использовались законы и подзаконные акты, ведомственные нормативно-правовые источники, архивное судебно-экспертное производство и результаты научно-методической деятельности научных и образовательных учреждений, специализирующихся на проблематике судебно-экспертной деятельности. В основу анализа перечисленных источников были положены диалектический метод познания и сравнительно-правовой метод препарирования нормативных правовых документов.

### **Результаты обсуждения**

Упразднение криминалистической подготовки на кафедре судебной медицины ВМА им. С.М. Кирова – это кажущаяся мелочь, которая привела к постепенной деградации криминалистического мышления в практической судебно-медицинской деятельности. Это обстоятельство самым негативным образом сказывается на эффективности использования специальных знаний в области судебной медицины при выдвижении следственных версий, планировании расследования и оценке доказательств.

На этом фоне вполне закономерно происходит дальнейшее дистанцирование «судебной экспертизы» от экспертизы «судебно-медицинской», выразившееся в проведении 30.11.2022 Министерством юстиции России научно-практической конференции «Судебная экспертиза: больше века на страже законных прав, интересов государства и человека», как ничем не мотивированной попытки перечеркнуть исторический опыт судебно-медицинской и сопутствующей ей судебно-химической экспертной деятельности, которая насчитывает более чем 300-летний период, беря своё начало от Артикулов воинских Перта I (артикул 154).

В этом же русле при установлении Распоряжением Правительства Российской Федерации профессионального праздника «Дня судебного эксперта» 28 июня за основу исторической точки отсчёта была взята аналогичная дата 1912 года, с которой началась деятельность первого кабинета научно-судебной экспертизы при прокуроре Санкт-Петербургской судебной палаты. Неужели 200-летний опыт судебно-медицинской экспертной деятельности, накопленный до этого рубежа, так уж и неприемлем в оценке генезиса судебной экспертологии?

Именно в таком аспекте следует, видимо, понимать тот факт, что судебно-медицинская экспертиза является предметом научно-методического поиска в рамках научной специальности 3.3.5. «Судебная медицина» в то время как все остальные виды судебных экспертиз в части их научного обеспечения охватываются научной специальностью 5.1.4. «Уголовно-правовые науки» в разделе 7 «Судебная экспертология, её предмет, структура, задачи и функции. Методология судебно-экспертной деятельности и тенденции её развития». Совершенно не поддающееся никакой логике включение «Судебной экспертологии...» в прокрустово ложе уголовно-правового блока напрочь перечёркивает возможность научных разработок в форме подготовки диссертационных исследований, посвящённых проблематике судебно-экспертного сопровождения гражданского, арбитражного и административного судопроизводства. Таким образом,

очевидное положение, сформулированное в общей теории судебно-экспертной деятельности, что предметом судебной экспертизы является «... установление фактов (фактических данных) суждений о факте, имеющих значение для уголовного, гражданского, арбитражного дела либо дел об административных правонарушениях, путём исследования объектов экспертизы, являющихся материальными носителями информации о происшедшем событии» [2, С. 77], при формировании нормативной правовой базы, регламентирующей проведение диссертационных исследований, напрочь проигнорировано. Почему бы не взять в этой части за основу опыт организации и нормативно-правового обеспечения научной деятельности в области судебной медицины, которая осуществляется в рамках отдельной специальности 3.3.5. «Судебная медицина» и включает в себя не только вопросы, связанные с производством судебных экспертиз в различных видах судопроизводства, но и с использованием специальных знаний в области судебной медицины при производстве отдельных следственных действий, в частности, осмотра места происшествия и трупа на месте его обнаружения.

Примерно таким же образом обстоит дело в части профессионального обучения судебных экспертов разных специальностей. В соответствии с требованиями статьи 2 Федерального закона от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ «О ГСЭД в РФ» «Задачей государственной судебно-экспертной деятельности является оказание содействия судам, судьям, органам дознания, лицам, производящим дознание, следователям в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, посредством разрешения вопросов, требующих специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла». При этом под термином «разрешение вопросов, требующих специальных знаний», подразумевается наличие у субъекта-носителя специальных знаний наличия профессионального образования в какой-либо отрасли науки, техники и т.д., а не тот факт, что он в своей деятельности может использовать научно-методический инструментарий различных отраслей человеческой деятельности, к которым

профессионального отношения не имеет. Эксперт-дактилоскопист, выявляя следы рук визуально с помощью криминалистической лупы (физический метод) или при помощи обработки объекта раствором нингидрина (химический метод) ни физиком, ни химиком при этом не становится. В этом смысле подготовка в ординатуре по специальности 31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза» лиц, имеющих исключительно высшее медицинское образование по специальностям: лечебное дело, педиатрия и медицинская биохимия, вполне в духе и правовом русле закона [3]. Совершенно по-другому обстоит дело с нормативным правовым обеспечением профессионального образования судебных экспертов иных специальностей (криминалистические экспертизы; инженерно-технические экспертизы; экспертизы веществ, материалов и изделий; экономические экспертизы; речеведческие экспертизы), предусмотренного ФГОС 40.05.03 Судебная экспертиза, находящегося в блоке юридических специальностей. В соответствии с пунктом 1.12. этого документа основной областью профессиональной деятельности выпускников, подготовленных в соответствии с изложенными в нём требованиями, является юриспруденция, а сфера профессиональной деятельности при этом ограничена правоохранительной деятельностью, обороной и безопасностью государства. Очевидно, что подготовленные таким образом специалисты физико-химического, инженерно-технического, экономического, лингвистического образования не имеют, но при этом в совершенстве овладели соответствующими методиками судебных экспертиз определённого профиля. Насколько это соответствует букве и духу Закона? Наверное, тезисы о синтетической природе общей теории судебной экспертизы, процессе комплексирования и взаимного проникновения знаний, порождающие вывод о необходимости «... снять ярлыки ... и рассматривать любой вид и род экспертизы просто как судебную экспертизу» подчёркивая таким образом, «вывод о единой природе судебных экспертиз» не следует понимать так буквально [2, С. 318; 4, С. 202]. Действительно, по месту нахождения в

системе научного знания и стоящими перед ней задачами, а также нормативно-процессуальной и тактико-криминалистической спецификой судебная экспертология, по аналогии со своей «материнской» наукой – криминалистикой, имеет общую правоприменительную природу, определяющую её юридическое значение. При этом в отношении «специальных познаний, привносимых из базовых наук» следует отметить их естественнонаучную сущность, определяющую саму природу того или иного научного знания [5, С. 98].

Необходимо отметить, что нормативно-правовая регламентация судебно-медицинской экспертизы системы Минздрава России, в отличие от правового обеспечения других видов и родов судебных экспертиз иных ведомств, достаточно развёрнуто регламентирует производство ситуационных исследований и судебно-медицинских экспертиз по материалам дела [6]. Это особенно важно потому, что предметной областью таких исследований являются, как правило, такие обстоятельства дела, которые по своему содержанию в максимальной степени приближаются к предмету доказывания по уголовному делу в части объективной стороны преступления. Именно это обстоятельство определяет высокую востребованность этих видов судебных экспертиз со стороны судебно-следственных органов. Очевидно, что накопленный в ходе осуществления судебно-медицинской экспертной деятельности опыт исследования обстоятельств расследуемого события по материалам дела, которые включают в себя не только документы и иные источники информации медицинского характера, но и протоколы допросов, очных ставок, следственных экспериментов, осмотров и иных следственных и процессуальных действий, может и должен быть востребован и нормативно закреплён применительно ко многим иным видам и родам судебных экспертиз и прежде всего таким, как автотехническая, взрывотехническая, транспортно-трассологическая, пожарно-техническая и т.д. Такой подход будет способствовать объективизации расследования, поскольку результаты

судебно-экспертной деятельности в соответствии со статьёй 74 УПК РФ будут являться источниками доказательств по делу в отличие от результатов аналогичной деятельности следователя, носящей версионный характер.

### **Заключение**

Представляется, что проведённый, пусть даже в определённом смысле несколько поверхностно, сравнительный анализ этих двух подходов к нормативно-правовому и организационному обеспечению различных видов судопроизводства возможностями использования специальных знаний как в виде судебных экспертиз, так и в виде процессуального «специалитета» весьма наглядно свидетельствует, что многовековой опыт зарождения, становления и развития судебно-медицинской и сопутствующей ей судебно-химической экспертизы в России должен быть востребован в большей степени при дальнейшей оптимизации основных положений судебной экспертологии, что послужит толчком для его нормативно-правовой и организационно-технической реализации.

### **Литература**

1. 10 лет деятельности Всесоюзного научного общества судебных медиков и криминалистов. Материалы III Всесоюзного совещания судебно-медицинских экспертов и III Всесоюзной конференции научного общества судебных медиков и криминалистов/ Прозоровский В.И. – Рига, 1957. – С. 223–226.
2. Аверьянова Т.В. Судебная экспертиза: Курс общей теории – М.: Норма, 2006, – 477 С.
3. Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.10 судебно-медицинская экспертиза (рабочая программа) – М.: 2017, 63 С.
4. Россинская Е.Р. Теоретические и прикладные проблемы судебной экспертизы в современных условиях // Общество и право в новом тысячелетии. Мат. Междунар. науч. - практической конференции, Тула, 2001, С. 202.
5. Белкин Р.С. Криминалистика: Краткая энциклопедия / Авт. – К 82. – М.: Большая Российская энциклопедия, 1993, – 111 С.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2023 №491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы» (Зарегистрирован 24.10.2023 №75708). Ссылка активна на 23.01.25.

## НЕКОТОРЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОВТОРНЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Г.А. Гумбатзаде, д.м.н., профессор А.П. Божченко

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны  
России, Санкт-Петербург

**Аннотация:** Изучались некоторые целевые количественные показатели повторных судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам в гражданском процессе, выполненных в 2017–2018 гг. и в 2022–2023 гг. По итогам проведенного исследования установлено, что в 2022–2023 гг. в сравнении с предыдущим периодом 2017–2018 гг. продолжительности проведения подворных судебно-медицинских экспертизы экспертиз по врачебным делам в гражданском процессе уменьшилась, увеличилась доля живых лиц по сравнению с умершими, в отношении которых проводились экспертизы, чаще по итогам проведения экспертиз причинно-следственная связь между недостатками оказания медицинской помощи и неблагоприятным последствиям для здоровья и жизни человека не устанавливалась. Все эти изменения свидетельствуют, пусть и косвенно, о положительных изменениях в системе здравоохранения и о повышении качества оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** врачебное дело, гражданский процесс, дефект медицинской помощи, повторная экспертиза, судебно-медицинская экспертиза.

## SOME QUANTITATIVE INDICATORS OF REPEATED FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN MEDICAL CASES IN CIVIL PROCEEDINGS

H.A. Humbetzade, A.P. Bozhchenko

Military Medical Academy, Forensic Medicine Department, St. Petersburg

**Summary:** Some target quantitative indicators of repeated forensic medical examinations of medical cases in civil proceedings performed in 2017–2018 and in 2022–2023 were studied. It was found that based on the results of the study, it was found that in 2022–2023, in comparison with the previous period of 2017–2018, the duration of court-based forensic medical examinations of medical cases in civil proceedings has decreased, the proportion of living persons has increased compared to the deceased, in respect of whom examinations were conducted, more often than not, according to the results of examinations, a causal relationship between the shortcomings of medical care and adverse consequences for human health and life has not been established. All these changes indicate, albeit indirectly, positive changes in the healthcare system and an improvement in the quality of medical care.

**Key words:** medical practice, civil procedure, medical care defect, re-examination, forensic medical examination.

Профессионально-должностные преступления медицинских работников остаются актуальными для современного общества в целом и для медицинского сообщества в частности [1, 2]. Проводимые научные

исследования в конечном итоге направлены на повышение качества медицинской помощи, снижение уровня опасности, оказываемых медицинских услуг.

Среди ключевых судебно-медицинских проблем – установление причинно-следственной связи между недостатками оказания медицинской помощи и неблагоприятными последствиями для здоровья и жизни человека [3, 4], соблюдение единообразных подходов к используемым понятиям [3], недопущение нарушений законов формальной логики при формулировании экспертных выводов [4, 5].

**Целью** настоящего исследования явилось изучение некоторых целевых количественных показателей повторных судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам в гражданском процессе.

**Материалом исследования** служил архив заключений судебно-медицинских экспертов, выполненных по врачебным делам в гражданском процессе, за периоды 2017–2018 гг. (условно первый период, 30 заключений) и 2022–2023 гг. (условно второй период, 30 заключений). В работе использовались следующие методы исследования: случайная выборка; выбор и группировка целевых показателей; частный анализ, вычисление минимального, максимального и среднего арифметического значений; сравнение данных, полученных с разницей 5 лет; итоговое обобщение.

### **Результаты**

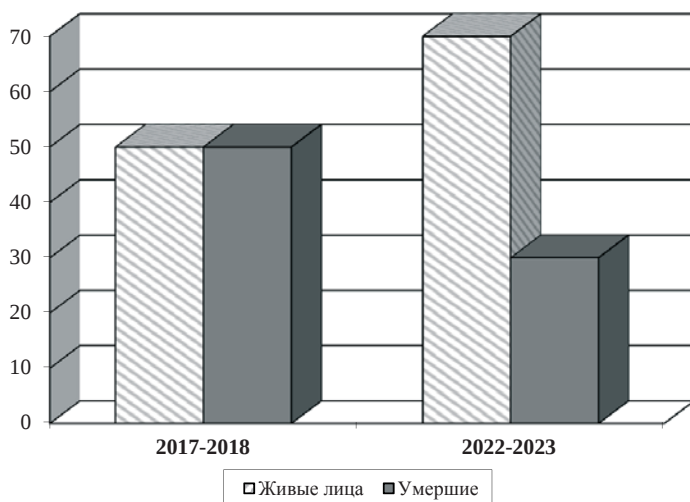
1) По итогам проведенного исследования оказалось, что в первый период наблюдения продолжительность производства повторных судебно-медицинских экспертиз была от 1 до 10 месяцев, в среднем 3 месяца. Во второй период наблюдения продолжительность экспертиз была от 1 до 4 месяцев, в среднем также 3 месяца. То есть при одинаковых средних показателях продолжительности проведения экспертиз перестали наблюдаться случаи очень большой продолжительности (более 4 месяцев).

2) Количество врачей-экспертов, входящих в состав экспертной комиссии, в первом периоде было от 2 до 8 (в среднем 4), во втором – от 3 до

6 (в среднем 5). Снижение этого показателя, также положительного и благоприятно сказывающегося на продолжительности проведения экспертиз, было достигнуто за счет предварительного согласования вопросов, выносимых на экспертное разрешение.

3) В первом период среди объектов экспертного исследования 50% представляли живые лица и 50% умершие (экспертиза по материалам дела), во втором – соответственно 70% и 30%. Как видно, количество умерших, а значит и смертей, так или иначе ассоциированных с недостатками оказания медицинской помощи, уменьшилось (в 1,4 раза), что является маркером позитивного сдвига в системе здравоохранения, произошедшего в течение исследуемого отрезка времени.

Установленное соотношение хорошо видно на диаграмме (Рис. 1).



**Рис. 1.** Соотношение количества живых лиц (светлые столбцы) и умерших (темные столбцы), в отношении которых проводились повторные экспертизы по врачебным делам в гражданском процессе, в 2017–2018 гг. и в 2022–2023 гг.

4) Наиболее часто в первом периоде наблюдения недостатки оказания медицинской помощи были допущены со стороны врачей хирургических

специальностей, включая акушерство и гинекологию, а также травматологию (50%), несколько реже – терапевтических (40%), и редко – стоматологических (10%). Во втором периоде наблюдения недостатки оказания медицинской помощи были допущены со стороны врачей разных специальностей почти в равной пропорции, при этом среди хирургических и терапевтических специальностей – реже в сравнении с предыдущим периодом наблюдения (соответственно 40% и 30%), со стороны врачей стоматологических специальностей – заметно чаще (почти в 3 раза – в 30%).

5) Суть допущенных дефектов была в неправильной организации процесса оказания медицинской помощи (в первом периоде в 50%, во втором – в 30% наблюдений), в неправильной диагностике (в первом периоде в 70%, во втором – в 40% наблюдений), в неправильном лечении (в первом периоде в 60%, во втором – в 50% наблюдений), а также в неправильном ведении медицинской документации (в первом периоде в 20%, во втором – в 30% наблюдений). Сочетание нескольких групп дефектов имело место соответственно в 60% и 50% наблюдений.

Случаев, при которых значимых дефектов оказания медицинской помощи не было установлено, было соответственно – 10% и 30%.

Таким образом, по всем показателям второй период наблюдения оказывается более благоприятным, с точки зрения статистических показателей качества оказания медицинской помощи.

6) По результатам проведенных экспертиз прямая причинно-следственная связь была установлена в первом периоде наблюдения в 10% случаев, во втором – также в 10% наблюдений. Непрямая причинно-следственная связь в первом периоде наблюдения была установлена в 20% случаев, во втором – в 10% (реже в 2 раза).

7) Заслуживает внимания сравнение итогов повторных экспертиз в вопросе установления причинно-следственной связи с итогами первичных экспертиз. Оказалось, что в первом периоде совпадения были в половине случаев (в 50%), во втором – во всех (в 100%). Расхождения первого периода

были в 5 случаях, из них: на понижение (прямая связь – нет связи, дважды; непрямая связь – нет связи) – в 3 случаях; на повышение (нет связи – непрямая связь) – в 2 случаях.

Отсутствие расхождений второго периода можно объяснить как случайностью (сравнительно небольшой объем исследованных выборок), так и реально произошедшим улучшением качества первичных судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам (конечно, при условном допущении, что качество повторных судебно-медицинских экспертиз принимается в качестве эталонного).

**Заключение.** Таким образом, по итогам проведенного исследования установлено, что в 2022–2023 гг. в сравнении с предыдущим периодом 2017–2018 гг. продолжительности проведения подворных судебно-медицинских экспертиз по врачебным делам в гражданском процессе уменьшилась, увеличилась доля живых лиц по сравнению с умершими, в отношении которых проводились экспертизы, чаще по итогам проведения экспертиз причинно-следственная связь между недостатками оказания медицинской помощи и неблагоприятным последствиям для здоровья и жизни человека не устанавливалась. Все эти изменения свидетельствуют, пусть и косвенно, о положительных изменениях в системе здравоохранения и о повышении качества оказания медицинской помощи.

## **Литература**

1. Божченко А.П. Профессионально-должностные преступления медицинских работников: статистика и сравнительный анализ // Медицинское право. 2020. № 2. С. 17–23.
2. Шмаров Л.А. Взгляд судебно-медицинского эксперта на безопасность медицинской услуги // Вестник судебной медицины. Новосибирск, 2018. № 1. С. 45–49.
3. Божченко А.П. Проблемы и недостатки экспертного установления причинной связи // Медицинское право. 2020. № 4. С. 44–49.
4. Хрусталева Ю.А. Причинно-следственные связи в судебной медицине: содержание, способы выявления и значение при механической травме: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.03.05. СПб., 2019. 46 С.
5. Шмаров Л.А. Логический анализ понятия «медицинская ошибка» // Судебно-медицинская экспертиза. М., 2018. № 3. С. 49–53.

# СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Е.Н. Десова<sup>1</sup>, А.И. Филатов<sup>1</sup>, д.м.н. И.Е. Лобан<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

**Аннотация:** Клиническая диагностика острых ишемических изменений миокарда (острый коронарный синдром, ОКС) у пациентов, страдающих заболеванием сердца, при наличии у них сопутствующей патологии в виде дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и болевого синдрома в грудной клетке в области сердца является трудной клинической задачей и предполагает необходимость дифференцирования ишемического или вертеброгенного и мышечно-фасциального (некоронарогенного) происхождения. Сложности диагностики порождают недостатки и ошибки медицинской помощи. В случаях расследования причин неблагоприятных исходов такие недостатки становятся предметом судебно-медицинской экспертной оценки. В статье рассматриваются основные группы недостатков медицинской помощи пациентам с синдромом кардиалгии на догоспитальной этапе, причины дефектов и базовые принципы их экспертной оценки.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, недостатки медицинской помощи, контроль качества медицинской помощи.

## FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF MEDICAL CARE IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE CORONARY SYNDROME AND OSTEOCHONDROSIS OF THE SPINE AT THE PREHOSPITAL STAGE

E.N. Desova<sup>1</sup>, A.I. Filatov<sup>1</sup>, I.E. Loban<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Saint Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination, St. Petersburg

<sup>2</sup>North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

**Summary:** Clinical diagnosis of acute ischemic changes in the myocardium (acute coronary syndrome) in patients suffering from heart disease, in the presence of concomitant pathology in the form of degenerative-dystrophic diseases of the spine and pain in the chest in the heart, is a difficult clinical task and suggests the need for differentiation ischemic or vertebrogenic and muscle-fascial (non-coronary) origin. Diagnostic difficulties give rise to disadvantages and errors of medical care. In cases of investigation of the causes of adverse outcomes, such shortcomings become the subject of forensic medical expert assessment. The article discusses the main groups of the shortcomings of medical care to patients with cardialgia syndrome at the prehospital stage, the causes of defects and the basic principles of their expert assessment.

**Keywords:** forensic medical examination, disadvantages of medical care, medical quality control.

**Введение и актуальность.** По информации Министерства здравоохранения Российской Федерации в последние 5 лет сохраняется тенденция устойчиво высоких показателей смертности населения России от болезней системы кровообращения (БСК). Текущий оперативный анализ смертности за январь-февраль 2024 года показал увеличение числа умерших от БСК на 7,8%, причем рост затронул, в том числе, и возрастные группы молодежи (16–29 лет) и молодых групп трудоспособного населения (30–59 лет). Среди основных причин смерти класса БСК в этих группах были кардиомиопатии (соответственно 48,9% и 47,7%), разные формы острой ишемической болезни и внезапная смерть (22,2% и 13,4%) [1].

Клиническая диагностика таких заболеваний и состояний иногда вызывает трудности у врачей-специалистов, что приводит к неверной оценке рисков развития угрожающих жизни состояний, задержке медицинских вмешательств, развитию осложнений, а также жалобам пациентов и их законных представителей и началу процессуального расследования по фактам предполагаемого ненадлежащего оказания медицинской помощи. Как показал опыт производства судебно-медицинских экспертиз, нередко причиной расследования становятся случаи оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе больным с БСК при необходимости дифференциальной диагностики острого коронарного синдрома и синдрома кардиалгии, связанного с остеохондрозом позвоночника, распространенным в группах населения трудоспособного возраста.

Острый коронарный синдром (ОКС) – любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию [2]. Однако болевые ощущения и дискомфорт в области сердца, кроме заболеваний сердца, могут быть обусловлены патологией других органов и тканей, в том числе костно-мышечных структур грудной стенки. Дегенеративно-дистрофические заболевания (изменения) позвоночника – это мультифакториальное, хроническое, рецидивирующее заболевание с первичными изменениями в

пульпозном ядре межпозвонковых дисков и последующим вовлечением в патологический процесс фиброзных колец и других элементов позвоночника, проявляющееся полиморфными (рефлекторными, компрессионными, компрессионно-рефлекторными и рефлекторно-компрессионными) неврологическими синдромами [3]. По МКБ-10 такие заболевания (состояния) кодируются как остеохондроз (код М42). Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника проявляется рефлекторными (некомпрессионными) синдромами, включая отраженные болевые синдромы, рефлекторный ангиопатический (нейроваскулярный) кардиалгический синдром. Такие синдромы и другие «кардиалгии», проявляются болью в левой половине грудной клетки и в области сердца вертеброгенного и мышечно-фасциального (некоронарогенного) происхождения, возникающие в результате статических и динамических нагрузок, и они сложны для дифференциальной диагностики с ОКС, разными формами острой ишемической болезни сердца.

Поскольку единых алгоритмов судебно-экспертной оценки качества медицинской помощи, учитывающих особенности рассматриваемой патологии, не существует, для судебно-медицинских экспертов и судебных экспертов других медицинских специальностей актуальным является анализ соответствующей экспертной практики.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на материалах отдела первичных комиссионных и комплексных экспертиз (21) Бюро судебно-медицинской экспертизы Санкт-Петербурга. Использованы методы научного содержательного и статистического анализа результатов 21 экспертиз. Все экспертизы были выполнены как комиссионные и/или комплексные с участием специалистов (судебных экспертов) в области терапии и/или кардиологии и скорой медицинской помощи, а также и (при необходимости) неврологии. Экспертные исследования проводились в соответствии с требованиями, утвержденными Российским центром судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Российской Федерации [4, 5].

## Результаты исследования.

При оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе пациентам с подозрением на ОКС и патологией в виде дегенеративно-дистрофических заболеваний и состояний позвоночника (остеохондроз и др.), то есть при необходимости проведения дифференциальной диагностики, недостатки диагностики, лечения и организации медицинской помощи были отмечены во всех проанализированных случаях, в том числе недостатки, связанные с невыполнением требований нормативных правовых актов или утвержденных клинических рекомендаций – в 90,5% случаев. В большинстве случаев недостатки имели место при оказании помощи фельдшерской бригадой скорой помощи (71,4%).

Основные недостатки медицинской помощи, допущенные бригадами скорой медицинской помощи, можно объединить в несколько групп.

1. Один из наиболее частых вариантов недостатков медицинской помощи – *неполный сбор анамнеза заболеваний у пациента*. К числу наиболее грубых, но относительно редких (4,8%) недостатков относится отсутствие в медицинской документации какой-либо информации о жалобах и анамнезе заболевания, о факторах риска ОКС у пациента при проведении первичного осмотра пациента (такую ошибку допускали фельдшеры скорой медицинской помощи).

2. *Неверная, неполная или неправильная характеристика и оценка жалоб пациента, прежде всего болевого синдрома (71,4%)*. Типичным недостатком была неполнота или отсутствие в медицинской документации детальной характеристики боли в области грудной клетки, сердца, позвоночника и мышечно-фасциальных структур – без указания ее точной анатомической локализации, субъективного восприятия пациентом характера боли, наличия (или отсутствия) и места ее иррадиации (при ОКС – в шею, нижнюю челюсть, левую руку), без оценки условий появления, прекращения и возобновления болевого синдрома – точного времени и продолжительности (стойкости) болевого приступа, без учета развития приступа в покое или в

связи с физической нагрузкой или изменением положения тела, наличия и периодичности рецидивов, а также без оценки динамики интенсивности и характера боли и др.

3. *Недостатки объективного физического обследования пациента (42,8%).* Применительно к дифференциальной диагностике ОКС и остеохондроза позвоночника негативное значение имело невыполнение пальпаторного исследования грудного и шейного отделов позвоночника и мышечно-фасциальных структур (95%). Болевой синдром этой локализации практически никогда не был предметом оценки врачом скорой помощи с точки зрения характера и интенсивности боли, наличия или отсутствия иррадиации, реакции на пальпацию, времени и условий появления боли (вероятно, в связи с тем, что врачи скорой помощи ориентированы, прежде всего, на патологию, потенциально угрожающую жизни пациента).

Не во всех случаях выполнялся мониторинг показателей и параметров гемодинамики для оценки их стабильности/нестабильности и прогнозирования риска развития неблагоприятных ишемических событий (шок, отек легких, желудочковые аритмии, нарушения внутрисердечной проводимости, остановка кровообращения и др.), а также эффективности медикаментозной терапии, например, нитроглицерином.

4. *Неверная оценка тяжести общего состояния больного и риска развития осложнений и угрожающих жизни состояний (33%).* Недостатки медицинской помощи на догоспитальном этапе с последующим развитием осложнений, угрожающих жизни, обычно встречались в случаях, когда общее состояние пациента необоснованно расценивалось как удовлетворительное, без должного учета данных о наличии в анамнезе у пациентов ишемической болезни сердца, очевидных признаков нарушения ритма сердца и сердечной недостаточности (одышка, периферические отеки), результатов проведенных пациенту ранее медицинских вмешательств и другой коморбидной патологии, их последствий и осложнений. С другой стороны, имели место единичные случаи ошибочного завышения степени

тяжести состояния больного без подтверждения в карте вызова конкретными результатами обследования (такие недостатки не отражались негативно на результатах и общей оценке медицинской помощи, за исключением ее экономического аспекта).

6. *Методические недостатки выполнения электрокардиографии и оценки ее результатов в медицинских документах* (14,2%). Примером может случить случай оценки в медицинской карте электрокардиографических данных не во всех, а только в отдельных (двух) стандартных отведениях, в которых были зарегистрированы патологические изменения (при том, что официально рекомендуется регистрация и оценка ЭКГ как минимум в 12-ти отведениях). К этой же группе недостатков относится непроведение непрерывного мониторингирования ЭКГ и неиспользование дистанционного ЭКГ консультирования [2].

7. *Технические недостатки при выполнении электрокардиографии* (9,5%). Например, невыполнение ЭКГ на вдохе (что в некоторых случаях может способствовать трактовке позиционных ЭКГ изменений).

5. *Неправильная интерпретация результатов ЭКГ инструментальных исследований* (47,6%). Данный недостаток определяется уровнем специальной подготовки врача в области электрокардиографии. В одном из анализируемых случаев имело место недооценка врачом с небольшим стажем работы изменений ЭКГ в виде нарушения реполяризации и признаков локальной острой ишемии миокарда в задне-нижне-боковом отделах левого желудочка как проявления первой фазы развития острого инфаркта миокарда с учетом наличия болевого синдрома в области грудины с усилением болей при глубоком вдохе, повышением артериального давления в совокупности с анамнестическими данными (гипертоническая болезнь 2 ст., сахарный диабет 2-го типа).

8. *Неиспользование всех имеющихся на оснащении медицинского персонала (бригады скорой помощи) методов и средств диагностики*, в том

числе экспресс-исследования кардиомаркеров повреждения миокарда – тропонина (71,4%);

9. *Невыполнение требований клинических рекомендаций о постановке предварительного диагноза «острый коронарный синдром» на догоспитальном этапе для медицинской характеристики состояния пациента с болевым синдромом в грудной клетке и непроведение дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями.* Речь, фактически, о невыполнении клинических рекомендаций.

10. *Недостатки медикаментозной терапии.* Судебные эксперты из числа врачей-кардиологов экспертных комиссий считали ошибочной медикаментозную терапию при ОКС для купирования стойкого или рецидивирующего болевого синдрома, если она ограничивалась только применением нестероидных противовоспалительных препаратов, даже в сочетании со спазмолитическими и седативными средствами, вместо показанных в подобных случаях наркотических анальгетиков (морфин). В результате такого дефекта у одного из пациентов с инфарктом миокарда при отсутствии осложнений на догоспитальном этапе на этапе стационарной помощи развился кардиогенный шок. У больных, получивших наркотический анальгетик, кардиогенный шок не отмечен.

Среди других менее значимых недостатков медикаментозной терапии отмечены отсутствие указания в медицинской документации показаний к применению препаратов (4,8%) и формальные нарушения при ведении документации, когда не была указана дозы медикаментозных средств, примененных врачами, и дозировки препаратов, принимаемых самим пациентом (4,8%).

Терапия острой сердечной недостаточности и угрожающих жизни нарушений сердечного ритма и проводимости, как правило, не вызывала сложностей у медицинских работников и не была источником недостатков.

11. *Отсутствие оценки проведенной лекарственной терапии и/или неверная оценка ее результатов* (57,1%). Например, при уменьшении боли

после приема препаратов нитроглицерина приступ окончательно расценивался как купированный, и даже при последующем усилении боли в процессе транспортировки пациента медикаментозная терапия не осуществлялась. К этой же группе недостатков относилось завершение вызова к пациенту без оценки в медицинской документации эффективности применения лекарственных средств.

12. *Неверная врачебная тактика организации медицинской помощи и маршрутизации* (81%). Такие недостатки были следствием других ошибок, допущенных при обследовании пациента, и результатом неправильной стратификации риска развития осложнений заболевания и неблагоприятного исхода. Вместо рекомендованной экстренной госпитализации в стационар пациента с болевым синдромом в грудной клетке (без полной дифференциальной диагностики и без достоверного исключения ее кардиального генеза), принималось необоснованное решение об оставлении пациентов на месте (на дому) без медицинского наблюдения. Либо осуществлялась госпитализация в стационар, не включенный в региональную систему маршрутизации больных с ОКС.

Одним из распространенных недостатков было отсутствие информации о необходимости активного посещения пациента медицинским работником поликлинического звена и выполнения контроля ЭКГ или указание только необходимости консультации врача-терапевта» (9,5%).

Во всех случаях установленные дефекты оказания медицинской помощи сотрудниками бригады скорой медицинской помощи были расценены экспертами как не являющиеся причиной последующего развития у пациентов острой ишемии миокарда и острой сердечной недостаточности. Причиной таких и иных угрожающих жизни состояний было закономерное течение основного заболевания (как правило, ишемической болезни сердца). Недостатки медицинской помощи сами по себе не вызвали развития у пациентов нового патологического процесса и не оказывали неблагоприятного воздействия на закономерное течение основного

заболевания. Однако установленные недостатки (недооценка жалоб, тяжести состояния, клинических и инструментальных данных, дефекты диагностики, лечения и ведения больных и т.д.) во всех случаях оказания медицинской помощи привели к несвоевременной диагностике основного патологического состояния – ишемии миокарда и, соответственно, к неверной тактике медицинской помощи – задержке экстренной медицинской эвакуации, несвоевременному проведению показанных лечебных мероприятий, не позволили приостановить развитие патологических изменений и снизили шансы больного на благоприятный исход.

Прижизненная диагностика острой ишемии миокарда (ОКС) при своевременном и правильном оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе могла изменить течение патологического процесса, снизить риск развития осложнений, однако не гарантировало благоприятного исхода. Но это не позволяет достоверно судить о возможности и вероятности предотвращения неблагоприятного исхода (смерти больного).

При таких обстоятельствах возможны разные варианты оценки формы связи между внешними по отношению к пациенту факторами (медицинская помощь, объективная сложностью диагностики и др.), коморбидностью у конкретного больного, комплаентностью пациента, с одной стороны, и результатом (последствиями) закономерного развития и исхода патологического состояния (заболевания), имевшегося у пациента, – с другой стороны. В соответствии с общепринятыми естественно-научными представлениями обычно такая связь характеризуется как непрямая (косвенная) причинно-следственная связь. При этом следует иметь в виду, что экспертные медицинские комиссии принимают во внимание и оценивают только медицинский аспект (составляющую) причинно-следственной связи, основываясь на базовых научных понятиях этиологии и патогенеза развития заболевания, но не общественную опасность (или безопасность) конкретных способов и последствий ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Факторами, способствующими нарушениям установленных требований по оказанию медицинской помощи, были объективные трудности ранней верификации повреждений миокарда из-за недостатков материально-технического обеспечения бригад скорой помощи – неисправность электрокардиографа, отсутствие тест-наборов для выявления тропонинов в крови, отсутствие в медицинской организации нормативных документов, регламентирующих алгоритм действий медицинских работников в конкретных ситуациях и др. (4,8%).

**Заключение.** При диагностике острых ишемических повреждений миокарда (ОКС) большинство недостатков медицинской помощи на догоспитальном этапе ее оказания бригадами скорой помощи допускается при сборе и оценке информации о больном и заболеваниях пациента (анамнеза), вследствие неверной, неполной или неправильной характеристики и оценки жалоб (прежде всего, болевого синдрома), а также неполноты и несвоевременности проведения клинического обследования, инструментальных исследований (ЭКГ и др.), недооценки или ошибочной оценки их результатов. Этому способствуют объективные трудности из-за недостатков материально-технического обеспечения бригад скорой помощи и организации медицинской помощи (локального организационно-методического и нормативного регулирования, маршрутизации и др.). Реже основанием признания медицинской помощи ненадлежаще оказанной становится необоснованное (непоказанное) или несвоевременное применение лекарственных средств и других видов лечения.

Частота и тяжесть недостатков медицинской помощи зависит от компетентности и уровня профессиональной квалификации медицинских работников, а также качества и безопасности организации медицинской помощи. В большинстве исследуемых случаев дефекты оказания медицинской помощи имели место в случаях оказания медицинской помощи фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи.

Постоянное и систематическое изучение структуры дефектов при оказании экстренной кардиологической помощи на догоспитальном этапе, их причин и условий позволяет принимать меры для повышения качества ее оказания, обеспечить соблюдение прав и интересов пациентов, снизить риск неблагоприятных исходов, судебных исков со стороны пациентов, их родственников и законных представителей.

### **Литература**

1. Анализ показателей смертности за 01.01-29.02.2024 года // Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. 2024. 27 с.
2. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации (одобрены Научно-практическим советом Минздрава России). М., 2022.
3. Дегенеративные заболевания позвоночника. Клинические рекомендации (одобрены Научно-практическим советом Минздрава России). М., 2024.
4. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Методические рекомендации. М. 2017.
5. Методика проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела. Методические рекомендации (согласованны Приволжско-Уральской Ассоциацией судебно-медицинских экспертов, приняты Ученым советом федерального государственного бюджетного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации, утверждены директором ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России). М., 2024.

## НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

д.м.н., профессор О.А. Дмитриева<sup>1</sup>, к.м.н. А.В. Голубева<sup>1</sup>,  
д.м.н., профессор В.И. Апанасевич<sup>2</sup>, А.В. Баркун<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы, Владивосток

<sup>2</sup>Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

**Аннотация:** Онкологическая патология одна из сложнейших разделов медицины вообще и судебной медицины в частности. Статья посвящена судебно-медицинской экспертизе, связанной с профилактической мастэктомией с одномоментной реконструкцией имплантатов при наличии мутаций в генах BRCA 1,2. Поднимается вопрос о проблеме радикального удаления органов и тканей при наличии не только практического, но и научного интереса при производстве отдельных экспертиз.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза по материалам дела, дефекты оказания медицинской помощи, рак молочной железы, профилактическая мастэктомия, экспертиза живых лиц, онкология.

## SCIENTIFIC AND RESEARCH COMPONENT IN THE PRODUCTION OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS BASED ON CASE MATERIALS

O.A. Dmitrieva<sup>1</sup>, A.V. Golubeva<sup>1</sup>, V.I. Apanasevich<sup>2</sup>, A.V. Barkun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Primorskiy Regional Bureau of Forensic Medicine, Vladivostok

<sup>2</sup>Pacific State Medical University, Vladivostok

**Summary:** Oncological pathology is one of the most difficult branches of medicine in general and forensic medicine in particular. The article is devoted to the forensic medical examination related to preventive mastectomy with simultaneous reconstruction of implants in the presence of mutations in the BRCA 1,2 genes. The question is raised about the problem of radical removal of organs and tissues in the presence of not only practical but also scientific interest in the production of individual examinations.

**Keywords:** forensic medical examination based on case materials, defects in medical care, breast cancer, preventive mastectomy, examination of living persons, oncology.

Онкологическая патология относится к одному из сложнейших разделов медицины вообще и судебной медицины в частности. Этот вопрос попадает в поле зрения судебно-медицинских экспертных комиссий в случае возникновения конфликта интересов по линии врач – больной и назначении судебно-медицинской экспертизы. Один из фундаментальных вопросов онкологии – проблема радикального удаления органов и тканей для спасения жизни человека. Несмотря на все достижения современной науки циторедукционный принцип не только не утратил своего значения в

онкологии, но и стал одной из аксиом медицинской науки. Больше того, нет никаких аргументов в пользу того, что в каком-то обозримом горизонте будущего что-то может измениться.

За 5 лет (2019 – 2023) в ГБУЗ «Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» произведено 557 экспертиз по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи, при этом дефекты (недостатки) выявлены в 74% случаев.

В структуре этих экспертиз, доля экспертиз по профилю онкология составляет 6,5% от общего числа, и имеет тенденцию к ежегодному увеличению. Процентное соотношение соотносится с данными Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ежегодно около 7 – 10%), и резко отличается от данных по Республике Кыргызстан (0,5%) [1, 2]. Дефекты (недостатки) оказания онкологической помощи выявляются гораздо реже – в 50% случаев.

Анализ судебно-медицинских экспертиз по поводу дефектов (недостатков) оказания медицинской, в том числе онкологической, помощи может представлять не только практический, но и научный интерес в связи с отсутствием исследований (данных) по определённой проблеме.

Например, одна из проведённых нами экспертиз связана с выполнением профилактической (частичной) мастэктомии, со следующими основными вопросами: какие нормативно-правовые акты регламентируют выполнение профилактической (частичной) мастэктомии; допускается ли наличие остаточной железистой ткани молочных желёз после выполнения профилактической (частичной) мастэктомии; соответствует ли проведённая гр-ке И. операция – профилактическая мастэктомия с одновременной реконструкцией имплантатами, требованиям нормативных актов.

Гр-ка И. обратилась в суд в связи с тем, что 08.06.2021 года между ней и ответчиком был заключён договор на оказание платных медицинских услуг, в соответствии с которым ответчик обязуется оказать следующие

медицинские услуги: мастэктомия и реконструкция имплантатами, увеличение молочных желёз. Она полагает, что качество оказанной медицинской услуги не соответствует требованиям договора и ожидаемому результату.

По данным GeneOntology, ген BRCA1 (breast cancer 1) у человека, как и его гомологи у других млекопитающих, например, *Rattus norvegicus*, является геном-супрессором опухолей, белковый продукт которого отвечает за репарацию двухцепочечных разрывов ДНК. Вместе с другими супрессорами опухолей, сенсорами повреждения ДНК, этот белок образует мультибелковый комплекс, который по данным базы STRING, имеет не менее 10 реперных компонентов. Мутация этого гена указывает на наличие синдрома наследственного рака молочной железы и яичников [3]. Юридические баталии сопровождают BRCA1 мутацию с момента эпохального судебного процесса «Ассоциация молекулярной патологии против Myriad Genetics» и до наших дней.

Изучив все представленные на экспертизу документы, в соответствии с поставленными вопросами, на основании данных специальной медицинской литературы, экспертная комиссия пришла к следующим выводам:

1.1. Согласно результатам молекулярно-генетического исследования, у гр-ки И. выявлена мутация гена BRCA1, что соответствует положению «Высокий риск рака молочной железы, яичников, других онкологических заболеваний».

В гистологических препаратах от операции профилактическая мастэктомия, проведённой 30.06.2021 года, выявлено: кистозные полости и протоки, выстланные пролиферирующим эпителием, в том числе, эпителиальная пролиферация, выходящая за пределы базальной мембраны, а также признаки метаплазии эпителия.

Вопрос о возможности проведения профилактической (частичной) мастэктомии регламентируется Клиническими рекомендациями «Доброкачественная дисплазия молочной железы», утверждёнными

Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2020 году: «Женщинам – носительницам генетических мутаций гена BRCA 1,2 после обсуждения соотношения пользы и рисков, может быть предложена риск-редуцирующая мастэктомия при наличии изменений в молочных железах, сопровождающихся выраженной гиперплазией, атипией эпителия, с целью снижения риска РМЖ» (рака молочной железы) [4].

Таким образом, оперативное вмешательство гр-ке И. проведено по показаниям.

1.2. Железистая ткань, как правило, частично остаётся при подкожной мастэктомии в составе кожного лоскута и основания сосково-ареолярного комплекса [3].

В техническом плане профилактическая мастэктомия может выполняться по-разному, однако всё сводится к двум наиболее широко известным техникам:

- *первый вариант техники*: тотальная мастэктомия (также называемая простой мастэктомией) (Total mastectomy – simple mastectomy) – это процедура, при которой большая часть ткани молочной железы, включая сосково-ареолярный комплекс, удаляется через эллиптический разрез кожи, но мышечная ткань под грудью и подмышечные лимфатические узлы сохраняются [4, 5];

- *в качестве альтернативы* используется кожно-сохраняющая мастэктомия, с сохранением сосков (также называемая тотальной мастэктомией с сохранением кожи), при которой остаётся сосково-ареолярный комплекс и кожа молочной железы. Исторически кожно-сохраняющая мастэктомия предпочтительнее тотальной мастэктомии [3].

2. По протоколу операции, согласно описанию удалённого препарата, было удалено: слева – 10×8×2 см, справа – 11×7×2 см. То есть удалена большая часть железистой ткани молочных желёз. После мастэктомии имплантаты были размещены под большой грудной мышцей. Это обычная практика размещения имплантатов, так как их размещение непосредственно

под оставшимся кожно-мышечным лоскутом опасно вследствие возможного некроза лоскута и неудовлетворительного косметического эффекта [3].

Таким образом, операция – подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией, выполнена в соответствии с предъявляемыми к ней требованиями.

3. Экспертная комиссия не усматривает ДМП (дефекта оказания медицинской помощи) в виде наличия остаточной железистой ткани после профилактической мастэктомии, с реконструкцией молочной железы, по следующим причинам:

- операция профилактическая мастэктомия, с одномоментной реконструкцией молочных желёз с обеих сторон, выполнена 30.06.2021 года, послеоперационный период протекал без особенностей;

- как правило, при наличии мутации в генах BRCA 1, 2 и отягощённом семейном анамнезе, пациентка предупреждается о большой вероятности передачи этой мутации далее своему потомству, поэтому вероятность беременности и возможность/невозможность грудного вскармливания после профилактической мастэктомии, как правило, врачом не рассматривается и не обсуждается отдельно. Однако, у И. через год после операции, наступила беременность, которая была сохранена, 02.10.2022 года – родоразрешение через естественные родовые пути;

- после родов появилось отделение молока из сосков и визуализируемые на МРТ и УЗИ участки железистой ткани с кистозными образованиями.

При УЗИ 07.10.2022 года (ранний послеродовой период) обнаружено: в верхневнутреннем квадранте правой и левой молочных желёз участок, характерный по эхо структуре железистой ткани, без чётких контуров, размером до 10 – 12 мм, на фоне лоцируются анэхогенные линейные структуры по типу протоков до 2 – 3 мм. Справа лоцируется анэхогенное образование с чётким ровным контуром размерами до 8 мм,

предположительно – галактоцеле. Слева лоцируется анэхогенное включение до 6 мм.

На МРТ молочных желёз, с внутривенным контрастированием, 10.11.2022 года: наличие железистой ткани во внутренних отделах толщиной до 1,7 см слева и до 1,2 см справа. С обеих сторон имеются единичные жидкостные образования диаметром до 0,5 см. Параареоларно, с обеих сторон, имеются участки железистой ткани толщиной до 0,3 см и единичные протоки до 0,1 см;

- в доступной литературе (база PUBMED) сообщений о поведении остаточной железистой ткани при беременности, после профилактической мастэктомии при наличии мутаций в генах BRCA 1,2, найдено не было (публикации о наличии выделений после профилактической мастэктомии были связаны не с беременностью, а с развившимся воспалением вокруг импланта) [6, 7];

- о происхождении железистой ткани в молочных железах [8], после профилактической мастэктомии с реконструкцией, беременности и родов, можно предположить следующее: во время беременности происходит физиологическая гиперплазия оставшейся железистой ткани, которая и может быть визуализирована, как с помощью УЗИ, так и МРТ; при начале секреции молока после родов, молоко накапливается в протоках, у которых прервано сообщение с сосково-ареоларным комплексом, что приводит к его накоплению и увеличению в объёме (формирование кист);

- железистая ткань под ареолой остаётся по технологии профилактической мастэктомии, и можно предположить, что вероятность выделения незначительного количества молока после родов практически 100%.

Таким образом, отсутствие научных публикаций по интересующей теме не стало непреодолимым препятствием для ответа на все поставленные вопросы. Вместе с тем, подобные судебно-медицинские экспертизы могут представлять, как практический, так и научный интерес и являться

предметом обсуждения, как с судебно-медицинской, так и с клинической точек зрения.

### **Литература**

1. Толмачев С.И., Артемьева А.С., Карев В.Е., Кадочников Д.С., Катаев А.С., Хрусталева Ю.А., Фетисов В.А. Проблемы экспертной оценки вреда здоровью в случае ятрогенного удаления молочных желез вследствие ошибочной гистологической верификации онкологической патологии. Судебно-медицинская экспертиза. 2022, № 5, с. 52–57.
2. Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э., Токтосун у. Бекжан, Асанов Б.А., Моношов М.Т. Профессиональные правонарушения медицинских работников: сравнительный анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз за 2013-2014 и 2019-2020 годы. Труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход» 12–13 мая 2022 года /под общей редакцией д.м.н., профессора И.Ю. Макарова. Москва, 2022: 248–253.
3. Alaofi R.K., Nassif M.O., Al-Hajeili M.R. Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer: Review of the literature. Avicenna J Med. 2018 Jul-Sep; 8 (3):67–77.
4. Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы». Министерство здравоохранения Российской Федерации. Москва. 2020.
5. Breast Cancer Risk Reduction-v1. National Comprehensive Cancer Network. 2017. [Last accessed on 2017 Oct 09]. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast\\_risk.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast_risk.pdf).
6. Newman L.A., Kuerer H.M., Hung K.K., Vlastos G., Ames F.C., Ross M.I., et al. Prophylactic mastectomy. J Am Coll Surg. 2000; 191: 322–30.
7. Laarakker A.S., Rich A., Wu J., Fine S. Persistent nipple discharge after nipple-sparing mastectomy secondary to unincorporated AlloDerm: a case report. J Med Case Rep. 2020 Sep 24; 14 (1): 164.
8. Macias H., Hinck L. Mammary gland development. Wiley Interdiscip Rev Dev Biol. 2012 Jul-Aug; 1 (4): 533–57.

## К ВОПРОСУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

к.м.н., доцент В.В. Киселев, к.м.н., доцент В.С. Уланов,  
д.м.н., профессор Т.А. Фоминых

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт имени  
С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени  
В.И. Вернадского, Симферополь

**Аннотация:** В экспертной практике при выполнении комиссионных СМЭ по уголовным делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи приходится сталкиваться с вопросами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью, возникшем в результате действий/бездействий медицинских работников. Определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью, является сложной задачей для комиссии экспертов и требует аргументированных выводов для дачи полноценного, качественного заключения. Авторы на примере случаев из практики отмечают, что методической и законодательной основы для дачи таких выводов зачастую недостаточно, и предлагают возможные варианты решения описанной проблемы: новая редакция «Порядка определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», предусматривающая возможность и необходимость определения степени вреда здоровью человека только при наличии прямой причинно-следственной связи ухудшения здоровья пациента или осложнения медицинского вмешательства с ненадлежащим оказанием медицинской помощи; закрепление краткого алгоритма определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью пациента в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи, в документах, содержащих предписания нормативно правового характера.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, ненадлежащее оказание медицинской помощи, медицинские критерии определения степени тяжести вреда здоровью.

## REVISITING THE ISSUE OF DETERMINING THE SEVERITY OF HARM CAUSED TO HUMAN HEALTH IN CASES OF MEDICAL MALPRACTICE

V.V. Kiselev, V.S. Ulanov, T.A. Fominykh

Medical Institute named after S.I. Georgievsky Crimean Federal University named after  
V.I. Vernadsky, Simferopol

**Summary:** In expert practice, when performing commission medical examinations in criminal cases of improper medical care, one has to face the issues of determining the degree of severity of harm to health caused as a result of actions/inactions of healthcare professionals. Determination of the degree of severity of harm caused to human health is a challenging task for a commission of experts and requires substantiated arguments to give a full-fledged, high-quality conclusion. The authors use examples of cases from practice to point out that the methodological and legislative basis for making such conclusions is not sufficient enough, and offer feasible solution to some of the associated problem: a new version of the «Procedure for determining the severity of harm caused to human health», which provides for the possibility and necessity of determining the degree of harm to human health only if there is a direct causal relation between the deterioration of the patient's health or a complication of medical intervention and medical malpractice.

**Keywords:** *forensic medical examination, medical malpractice, medical criteria for determining the severity of harm caused to human health.*

На сегодняшний день судебно-медицинские экспертизы (СМЭ) по материалам уголовных дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи (НОМП), составляют значительную долю от общего числа экспертных исследований, проводимых в отделах сложных судебно-медицинских экспертиз. Так, по данным ГБУЗ РК «Крымское Республиканское Бюро судебно-медицинской экспертизы» (КРБ СМЭ) в 2024 г. отделом сложных судебно-медицинских экспертиз в Республике Крым было проведено 332 комиссионных экспертизы, из которых более 170 были проведены с целью поиска ответов на вопросы по поводу возможного НОМП (т.е. более половины всей экспертной нагрузки отдела сложных судебно-медицинских экспертиз в 2024 г. пришлось на экспертизу «врачебных ошибок»), причем количество экспертиз по связанным с НОМП вопросам неуклонно растет из года в год. Многие авторы сходятся во мнении, что составы преступлений в уголовных делах, в рамках которых рассматриваются вопросы возможного НОМП, как правило, соответствуют статьям 109, 118, 124, 238, 293 УК РФ [1 – 4], т.е. квалификация возможного преступления в подобных случаях непременно предполагает определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, в том числе, когда вопрос об этом напрямую инициатором СМЭ не ставится.

В настоящее время непосредственно при определении степени тяжести вреда здоровью, судебно-медицинские эксперты руководствуются, в первую очередь, медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (утверждены приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 24.04.2008 № 194н) (далее – Медицинские критерии) [5], которые разработаны в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» [6].

При этом специалисты обоснованно отмечают, что возможность применения вышеупомянутых Медицинских критериев в ряде случаев определения вреда здоровью в связи с НОМП является, как минимум, сомнительной. По нашему мнению, основной причиной подобных сомнений являются формулировки Медицинских критериев, характеризующие вред как «причиненный» здоровью человека, что нередко становится камнем преткновения для участвующих в выполнении комиссионных СМЭ по уголовным делам о НОМП клинических специалистов, которые указывают на то, что оказание медицинской помощи (МП) изначально направлено на устранение или предотвращение вреда здоровью человека, и поэтому невозможно говорить о причинении вреда здоровью в результате НОМП, особенно в ситуациях, когда суть НОМП заключается в бездействии или в неполном оказании МП. Наличие в Медицинских критериях положения, согласно которому *«ухудшение состояния здоровья человека, обусловленное дефектом оказания медицинской помощи, рассматривается как причинение вреда здоровью»* также не всегда помогает устранить возникающие противоречия, так как «обусловленность» неблагоприятного исхода какого-либо патологического состояния, по мнению некоторых специалистов, означает лишь создание условий для него, в то время как его «причиной» этого самого неблагоприятного исхода по-прежнему следует считать прогрессирование патологического состояния. С учетом необходимости буквального прочтения и интерпретации Медицинских критериев [7], различия между такими детерминантами преступлений, как «причина» и «условия», в случаях СМЭ по уголовным делам о НОМП нередко представляются столь значительными [8], что это позволяет ряду специалистов отказываться не только от определения степени тяжести вреда, *причиненного* здоровью человека, но и от установления *прямой причинной* связи в ситуациях, когда отсутствие НОМП с высокой степенью вероятности позволило бы избежать наступления неблагоприятного исхода. Примером подобной ситуации может служить случай из нашей экспертной практики, в

котором у пациента с рожистым воспалением голени на фоне нерациональной эмпирической антибиотикотерапии (исследования на чувствительность микроорганизмов к антибиотикам не выполнялись на протяжении всего периода госпитализации в течение 12 дней) произошло развитие сепсиса, вызванного *S. aureus* (штамм MRSA, подтверждено результатами бактериологического исследования секционного материала), причем прогрессирование сепсиса также было распознано несвоевременно и привело к гибели молодого пациента. При этом тот факт, что причиной неблагоприятного исхода в данном случае явилось закономерное прогрессирование заболевания на фоне сопутствующей патологии (сахарный диабет I типа) и ненадлежащим образом оказанная медицинская помощь недостаточно противодействовала этому, т.е. *«лишь позволила возникнуть некоторым условиям для прогрессирования заболевания»*, а также отсутствие в постановлении о назначении СМЭ прямого вопроса о степени тяжести вреда здоровью пациента, дали основание входившему в состав экспертной комиссии клиническому специалисту настаивать на отсутствии *прямой* причинной связи НОМП с неблагоприятным исходом и на *невозможности* определения степени вреда, причиненного здоровью данного пациента.

Кроме того, неоднозначный характер п. 24 Медицинских критериев, без исчерпывающего разъяснения формулировки *«ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и тяжестью травмы, отравления, заболевания, поздними сроками начала лечения, его возрастом, сопутствующей патологией и другими причинами не рассматривается как причинение вреда здоровью»*, нередко вызывает как у инициаторов СМЭ, так и у других участников судебных разбирательств опасения по поводу возможности слишком широкого и ситуативного толкования понятий «характер травмы» или «другие причины, вызвавшие ухудшение здоровья» в тех случаях, когда речь идет об определении вреда здоровью пациента в сценарии НОМП [9, 10].

Озвученные проблемы не являются новыми и, как представляется авторам, с ними с различной периодичностью сталкиваются все врачи судебно-медицинские эксперты, деятельность которых непосредственно предполагает СМЭ по материалам дел, связанных с НОМП. Неоднократно предпринимавшиеся попытки обобщить и систематизировать правила выполнения подобных экспертиз нашли свое отражение в разработанных методических рекомендациях [7, 11], которые не только проясняют основные экспертные понятия, но предлагают последовательный алгоритм проведения СМЭ по факту НОМП, предусматривающий четкую увязку установления прямой причинной связи между известным неблагоприятным исходом и подтвержденным недостатком оказания МП с последующим определением степени тяжести вреда, причиненного здоровью пациента в результате НОМП. В указанных методических рекомендациях отдельно подчеркивается необходимость соблюдения вышеописанного алгоритма, однако рекомендательный характер этих документов и восприятие их как неких исключительно внутренних регламентов деятельности судебно-медицинского экспертного сообщества не всегда позволяет устранить противоречия, возникающие, с одной стороны, с клиническими специалистами, воспринимающими позицию судебно-медицинской части экспертной комиссии как излишне жесткую, и с другой стороны – с инициаторами СМЭ и прочими участниками судебных разбирательств, способными выразить претензии по поводу возможной предвзятости экспертного заключения. Более того, в некоторых случаях подобные претензии могут иметь под собой основание, так как даже среди профильных специалистов в области судебно-медицинской экспертизы нет согласованного однозначного мнения по поводу возможности и методик определения причинных связей, а, следовательно, и вреда здоровью человека в сценариях НОМП [12, 13].

Нам представляется, что шагом в направлении разрешения озвученной проблемы и устранения имеющихся противоречий способно стать вступление в силу нового Порядка определения степени тяжести вреда,

причиненного здоровью человека [13], в редакции, предусматривающей возможность и необходимость определения степени вреда здоровью человека именно при наличии прямой причинно-следственной связи ухудшения здоровья пациента или осложнения медицинского вмешательства с НОМП. Однако, по нашему мнению, целесообразным также является закрепление краткого алгоритма определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью пациента в результате НОМП, в документах, содержащих предписания нормативно правового характера, например, в Правилах организации деятельности отделения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела и проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела [14].

## Литература

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 28.12.2024). СПС «КонсультантПлюс». URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_10699/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/) (дата обращения: 12.02.2025).
2. Федеральный закон «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации» от 28.12.2024 № 514-ФЗ. СПС «КонсультантПлюс». URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_494795/#dst100034](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_494795/#dst100034) (дата обращения: 12.02.2025).
3. Идрисов Х.В. Медицинская (врачебная) ошибка как источник ятрогенного вреда: вопросы причинно-следственной связи и юридической ответственности. Lex russica. 2022;7:120-130.
4. Васильченко А.В. Особенности назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании ятрогенных преступлений. Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2019;2(84):86-90.
5. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». СПС «КонсультантПлюс». URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_79398/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_79398/) (дата обращения: 12.02.2025).
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011) «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». СПС «КонсультантПлюс». URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_70563/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_70563/) (дата обращения: 12.02.2025).
7. Методика проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела. Методические рекомендации (утв. ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России 20.09.2024).
8. Пирогова Е.Н. Детерминанты ятрогенных преступлений и возможные варианты противодействия им. Юристь-Правоведь. 2021;2(97):63-68.

9. Стешич Е.С. Проблема соотношения правовой и судебно- медицинской оценки тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Вестник Восточно-сибирского института МВД России. 2017;1(80):56-65.

10. Старчиков М.Ю. Вред, причиненный жизни (здоровью) пациента вследствие медицинского вмешательства: законодательные пробелы и пути их устранения. Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. 2018;4 (70): 232-239.

11. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи. Методические рекомендации (утв. ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России 21.06.2017).

12. Шмаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по «врачебным делам». Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(1):5-11.

13. Проект Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (по состоянию на 27.11.2023). СПС «КонсультантПлюс». URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=PNPA&n=99389#9TvZicUoXGMuByWu> (дата обращения: 12.02.2025).

14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2023 № 491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы». СПС «КонсультантПлюс». URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_460465/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_460465/) (дата обращения: 14.02.2025).

## **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГИГРОМ**

*В.А. Корякина<sup>1,2</sup>, д.м.н., профессор В.Д. Исаков<sup>1,2</sup>, Е.Н. Десова<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФБГОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

**Аннотация:** Судебно-медицинская оценка посттравматических субдуральных гигром представляет большую сложность в связи с небольшим количеством доказанных случаев подобной травмы и отсутствием четких диагностических критериев. Приводятся литературные данные о патогенезе субдуральных гигром. Представленный случай травмы головы с образованием посттравматической субдуральной гигромы подтверждает высокую сложность диагностики таких гигром и возможные судебно-медицинские ошибки при оценке травмы головы на фоне патологических изменений вещества головного мозга и его оболочек.

**Ключевые слова:** судебно-медицинское исследование, комиссия экспертиза, травма головы, гигрома, рентгенологические исследования, судебно-медицинская оценка.

## FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF POST-TRAUMATIC SUBDURAL HYGROMAS

V.A. Koryakina<sup>1,2</sup>, V.D. Isakov<sup>1,2</sup>, E.N. Desova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Saint Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination, Saint Petersburg

<sup>2</sup>FBGOU VO North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg

**Summary:** The forensic medical assessment of post-traumatic subdural hygromas is very difficult due to the small number of proven cases of such trauma and the lack of clear diagnostic criteria. The literature data on the pathogenesis of subdural hygromas are presented. The presented case of head injury with the formation of post-traumatic subdural hygroma confirms the high complexity of the diagnosis of such hygroma and possible forensic errors in the assessment of head injury against the background of pathological changes in the substance of the brain and its membranes.

**Key words:** forensic medical examination, commission examination, head injury, hygroma, X-ray examinations, forensic medical assessment.

Судбно-медицинская оценка посттравматических субдуральных гигром представляет большую сложность, в связи с небольшим количеством доказанных случаев подобной травмы и отсутствием четких диагностических критериев. В сообщении представлен экспертный случай травмы головы с образованием посттравматической субдуральной гигромы.

Патогенез субдуральных гигром до конца не изучен. Наиболее распространённое объяснение заключается в том, что в паутинной оболочке образуется разрыв, формирующий отверстие в виде шарового клапана, через которое спинномозговая жидкость может проходить только в одну сторону — в субдуральное пространство [1]. Было высказано предположение, что субдуральные гигромы, могут представлять собой обширные субдуральные выпоты, при которых происходит отделение пограничного слоя клеток твердой мозговой оболочки с накоплением жидкости [2].

Многие авторы отмечают, что существует связь между субдуральными гигромами, субдуральными гематогигромами и острыми, а также хроническими субдуральными гематомами. [3, 4] Взаимосвязь между хроническими субдуральными гематомами и субдуральными гигромами сложна и до конца не изучена [1, 2, 5]. Часто субдуральные гигромы представляют собой одно из проявлений механической травмы головы [6, 7,

8]. По данным литературы в 5–20% случаев закрытой ЧМТ возникают субдуральные гигромы [9].

Источниками образования травматических гигром считают также повреждения паутинной оболочки и разрывы базальных цистерн, не исключен вариант возникновения травматических гигром и в результате прямого сообщения субдурального пространства с вентрикулярной системой мозга при его массивных повреждениях [10].

По темпу развития сдавления мозга субдуральные гигромы классифицируются на острые, подострые и хронические, так как церебральную компрессию после травмы они могут вызывать в различные сроки [3].

Риск возникновения гигром максимален у пожилых людей, а также у людей с церебральной атрофией [8, 9]. Нетравматические и смешанного генеза субдуральные гигромы встречаются у детей и лиц молодого возраста, так как образуются в результате самопроизвольного или под влиянием незначительной механической травмы разрыва стенок истинных и вторичных арахноидальных кист [11].

Субдуральная гигрома на томограмме выглядит как полулунное скопление жидкости/сигнала, близкое по плотности к спинномозговой жидкости, в субдуральном пространстве, которое не распространяется на борозды и редко оказывает значительное давление на мозг [4]. Для травматических субдуральных гигром характерной является двусторонняя супратенториальная локализация [12].

Показательным является пример судебно-медицинского комиссионного исследования мужчины 65 лет, получившего травму в результате нанесения ударов доской. По данному случаю было выполнено 4 экспертизы (2 в отделе экспертизы живых лиц и 2 в отделе экспертиз по материалам дела).

На первичное исследование были представлены медицинские документы из стационара (включая рентгенологические исследования), куда потерпевший был госпитализирован 01.09.2023 г. после происшествия.

У пострадавшего имелись наружные повреждения: ушибленные раны правой ушной раковины (с частичной ее утратой), правой височной (заушной) области, затылочной области, правой половины теменной и лобной областей.

На основании судебно-медицинского исследования снимков КТ и МРТ головы от 01.09.2023 г., с учетом сведений о травме, на 01.09.2023 г. установлены признаки наличия минимального количества геморрагического содержимого в задних рогах обоих боковых желудочков.

Травма головы оценена по признаку опасности для жизни как тяжкий вред здоровью (согласно п. 6.1.3 Приложения к Приказу Минздравсоцразвития от 24.04.08 г. №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека»).

Вторая экспертиза выполнялась для оценки изгладимости повреждений лица с осмотром потерпевшего, объем представленных документов соответствовал первичному исследованию, степень тяжести вреда, причиненного здоровью, осталась без изменений.

В рамках третьей экспертизы (комиссионной с включением в состав эксперта-рентгенолога и нейрохирурга) потерпевший повторно осмотрен, были представлены медицинские документы в динамике, в которых было зафиксировано, что спустя три месяца после травмы пострадавший обращался за медицинской помощью, и ему был выставлен диагноз «Хроническая субдуральная гематома левой лобно-теменной области. Параганглиома ярёмного гломуса. Операция: Эндоваскулярная эмболизация сосудистой сети хронической субдуральной гематомы левой лобно-теменной области».

При судебно-медицинском исследовании были изучены вышеуказанные компьютерные томограммы головы от 01.09.2023 г., 02.09.2023 г., магнитно-резонансные томограммы головного мозга от 05.09.2023 г., установлено наличие на снимках: обширного кровоизлияния и отека правой половины

головы с наличием пузырьков свободного газа, левостороннего параорбитального отека и кровоизлияния мягких тканей лобной области слева, деструкция каменистой части левой височной кости с переходом на левую половину ската клиновидной кости, в парасагиттальных отделах правой лобной доли отмечается изменение МР сигнала (по T2, FLAIR гиперинтенсивный, по T1 – изоинтенсивный) размерами до 35х15мм (кровоизлияние), подобный участок отмечается в левых отделах среднего мозга аксиальными размерами до 8х6 мм, умеренно выраженная смешанная гидроцефалия.

На основании отсутствия крови в желудочках мозга, квалифицирующий признак вреда здоровью, опасного для жизни человека, создающего непосредственно угрозу для жизни, был исключен.

На четвертую комиссионную экспертизу (с осмотром потерпевшего) были представлены все ранее изученные документы и дополнительные медицинские сведения в динамике, в том числе новые рентгенологические данные (МРТ головного мозга от 11.12.2023 г., МРТ головного мозга от 14.11.2024 г.). С учетом новых снимков головы было установлено, что:

- выявляются признаки кистозно-глиозных изменений головного мозга в парасагиттальных отделах правой лобной доли, в левых отделах среднего мозга, в белом веществе в области передних и задних рогов боковых желудочков, в обеих гемисферах мозжечка без значительной динамики картины в период с 05.09.2023 г. по 14.11.2024 г.;

- на 05.09.2023 г. определяются МР-признаки субдуральных гигром над обеими гемисферами головного мозга;

- на 11.12.2023 г. определяется скопление неоднородного содержимого в субдуральном пространстве над левой гемисферой головного мозга с признаками латеральной дислокации срединных структур, с положительной динамикой МР-картины на 14.11.2024 г.

Экспертная комиссия пришла к выводам, что у потерпевшего установлена закрытая тупая травма головы – травматические субдуральные

(под твердой мозговой оболочкой) гигромы обеих гемисфер головного мозга.

О травматическом характере гигром, выявленных на МРТ от 05.09.2023 г. свидетельствуют: их отсутствие на КТ головы от 01.09.2023 г. и отсроченное их возникновение на 05.09.2023 г. (для образования гигром необходимо несколько суток), двусторонняя локализация, положительная динамика регресса гигромы правой гемисферы на 11.12.2023.

Нельзя исключить трансформацию гигромы левой гемисферы в субдуральную гематому хронического течения (выявленную по данным нейровизуализации КТ головного мозга от 19.12.2023 г. и в динамике 20, 24, 25 декабря 2023 г.) вследствие кровоизлияния в гигрому, которая потребовала в дальнейшем эмболизации (от 23.12.2023 г.).

В связи с тем, что повреждения мягких тканей головы и мозговых оболочек взаимно отягощали друг друга, определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, производилось по их совокупности (согласно п.13 Приложения к Приказу Минздравсоцразвития от 24.04.08 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека»).

Травма головы, в связи с наличием посттравматических гигром, не являлась опасной для жизни, не вызвала развития угрожающих жизни состояний и по признаку длительного расстройства здоровья продолжительностью свыше 3-х недель (более 21 дня) расценивается как вред здоровью СРЕДНЕЙ тяжести (п.7.1 Приложения к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 24.04.08 г. №194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека»).

Таким образом, выполнение потерпевшему современных исследований с высокой степенью визуализации (КТ и МРТ) непосредственно после травмы, в также в ближайший и отдаленный период в динамике, позволили выявить двусторонние гигромы, проявившиеся через 2–5 суток после травмы, с дальнейшей их положительной динамикой (с одной стороны и

осложнением с преобразованием в гематому с контрлатеральной стороны), что позволило доказать их травматический характер.

Представленный случай подтверждает высокую сложность диагностики посттравматических субдуральных гигром и возможные судебно-медицинские ошибки при оценке травмы головы на фоне патологических изменений вещества головного мозга и его оболочек.

## Литература

1. Lee KS. Natural history of chronic subdural haematoma. *Brain Inj.* 2004 Apr;18(4):351-8. doi: 10.1080/02699050310001645801. PMID: 14742149.
2. Lee KS. History of Chronic Subdural Hematoma. *Korean J Neurotrauma.* 2015 Oct;11(2):27-34. doi: 10.13004/kjnt.2015.11.2.27. Epub 2015 Oct 31. PMID: 27169062; PMCID: PMC4847516.
3. Недугов Г.В. Субдуральные гематомы: монография. – Самара: Офорт, 2011. – 343 с. : ил.
4. Lee KS. The pathogenesis and clinical significance of traumatic subdural hygroma. *Brain Inj.* 1998 Jul; 12(7):595-603. doi: 10.1080/026990598122359. PMID: 9653522.
5. Kabir SM, Jennings SJ, Makris D. Posterior fossa subdural hygroma with supratentorial chronic subdural haematoma. *Br J Neurosurg.* 2004 Jun;18(3):297-300.
6. Недугов Г.В. Анализ причин смерти при субдуральных гематомах. Самара: Офорт; 2009. : – 188 с.: ил.
7. Kamezaki T, Yanaka K, Fujita K, Nakamura K, Nagatomo Y, Nose T. Traumatic acute subdural hygroma mimicking acute subdural hematoma. *J Clin Neurosci.* 2004 Apr;11(3):311-3.
8. Zanini MA, de Lima Resende LA, de Souza Faleiros AT, Gabarra RC. Traumatic subdural hygromas: proposed pathogenesis based classification. *J Trauma.* 2008 Mar;64(3):705-13.
9. Herold TJ, Taylor S, Abbrescia K, Hunter C. Post-traumatic subdural hygroma: case report. *J Emerg Med.* 2004 Nov;27(4):361-6.
10. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы. М.; 2009. – 380 с.
11. Cakir E, Kayhankuzeyli, Sayin OC, Peksoyly B, Karaarslan G. Arachnoid cyst rupture with subdural hygroma: case report and literature review. *Neurocirugia (Astur).* 2004 Feb;15(1):72-5.
12. Lee KS, Bae WK, Yoon SM, Doh JW, Bae HG, Yun IG. Location of the traumatic subdural hygroma: role of gravity and cranial morphology. *Brain Inj.* 2000 Apr;14(4):355-61.

# ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В ОТНОШЕНИИ ДЕФЕКТОВ (НЕДОСТАТКОВ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.А. Корякина<sup>1,2</sup>, д.м.н., профессор В.Д. Исаков<sup>1,2</sup>, А.И. Филатов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФБГОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

**Аннотация:** Целью выполненного анализа комиссионных и комплексных экспертиз, произведенных в Санкт-Петербургском ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» с 2020 по 2024 годы по дефектам (недостаткам) оказания медицинской помощи было определить медицинские специальности, в отношении которых наиболее часто возникают вопросы о ненадлежащем оказании медицинской помощи, и оценить в каком количестве исследований установлены дефекты (недостатки) оказания медицинской помощи. Установлено, что первое место среди всех экспертных исследований по разным специальностям занимают экспертизы, связанные с дефектами оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии. При этом в 68,8% случаев заявленные претензии пациентов и их родственников на качество лечения оказались обоснованными и нашли своё подтверждение в ходе исследований.

**Ключевые слова:** судебно-медицинское исследование, экспертиза, дефект, недостаток, оказание медицинской помощи, акушерство и гинекология.

## FEATURES OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS IN RELATION TO DEFECTS (DEFICIENCIES) PROVIDING MEDICAL CARE

V.A. Koryakina<sup>1,2</sup>, V.D. Isakov<sup>1,2</sup>, A.I. Filatov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Saint Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination, Saint Petersburg,

<sup>2</sup>FBGOU VO North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg

**Summary:** The purpose of the analysis of commission and comprehensive examinations conducted in the St. Petersburg State Medical Institution Bureau of Forensic Medical Examination from 2020 to 2024 for defects (deficiencies) in the provision of medical care was to identify medical specialties for which questions about improper medical care, are most often raised and to assess the number of studies that have identified defects (deficiencies) in the provision of medical care. It has been established that the first place among all expert studies in various specialties is occupied by examinations related to defects in the provision of medical care in obstetrics and gynecology. At the same time, in 68.8% of cases, the stated claims of patients and their relatives on the quality of treatment turned out to be justified and were confirmed in the course of research.

**Key words:** forensic medical examination, examination, defect, deficiency, medical care, obstetrics and gynecology.

Судебно-медицинские экспертизы (СМЭ), связанные с оценкой дефектов оказания медицинской помощи (ДОМП), являются одними из

самых трудозатратных и сложных видов экспертных исследований [1–4]. Востребованность данного вида экспертиз подтверждается неуклонным ростом их назначения [5, 6]. Требования к качеству данных видов исследований обусловлены в том числе тем, что результаты проведенных судебно-медицинских экспертиз по искам к медицинским организациям являются основополагающими при принятии судом решения об отказе или удовлетворении иска и могут послужить причиной возбуждения уголовных дел в отношении врачей [7, 8].

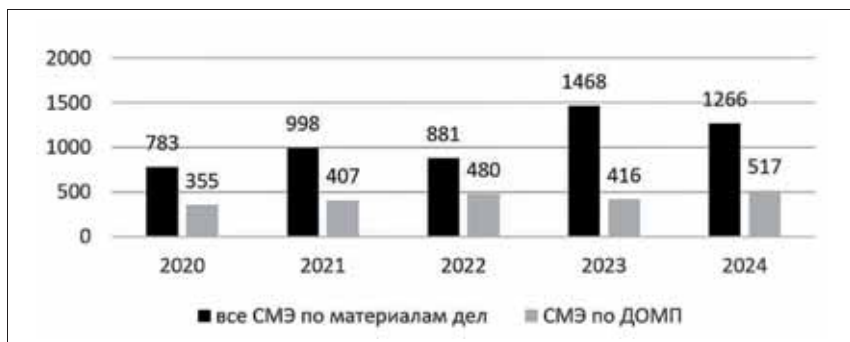
**Цель исследования:** на основании анализа произведенных экспертиз определить медицинские специальности, в отношении которых наиболее часто возникают вопросы о ненадлежащем оказании медицинской помощи, и оценить, в каком количестве исследований установлены дефекты (недостатки) оказания медицинской помощи.

**Объектом исследования** являлись комиссионные и комплексные экспертизы, выполненные в Санкт-Петербургском ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» с 2020 по 2024 годы по дефектам (недостаткам) оказания медицинской помощи.

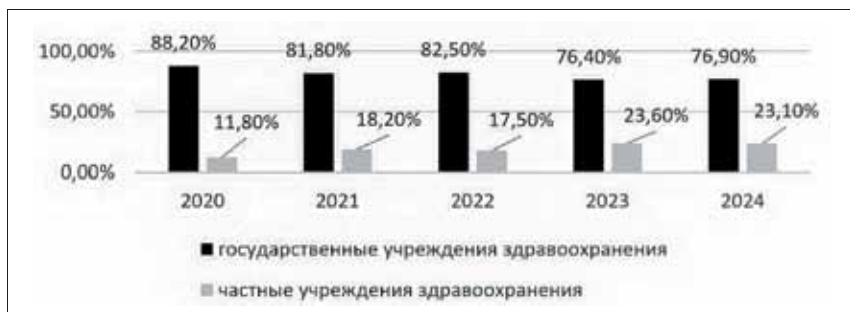
**Результаты исследования.** Из всех, выполненных в исследуемый период в СПб ГБУЗ «БСМЭ» комиссионных и комплексных исследований по материалам дела – 5396, в 2175 (40,3%) случаев ставились вопросы о надлежащем оказании медицинской помощи.

В динамике назначения экспертиз по дефектам оказания медицинской помощи прослеживалась тенденция к росту их частоты в период с 2020 по 2022 годы, с незначительным спадом в 2023 году и возвращением к увеличению (в том числе в сравнении с 2022 годом) к 2024 году (Рис. 1).

В преобладающем числе случаев вопросы у следствия возникали в отношении государственных медицинских учреждений (в 76,4 – 88,1% случаев, в среднем – 81,2%), значительно реже – частных (Рис. 2).



*Рис. 1. Динамика количества экспертиз по ДОМП в структуре исследований по материалам дел по годам*



*Рис. 2. Динамика соотношения СМЭ по ДОМП в зависимости от вида медицинских учреждений, в которых оказывалась медицинская помощь*

В результате изучения динамики количества экспертных исследований, назначаемых в рамках уголовных дел (материалов проверок) и гражданских дел в 2020 – 2024 гг. установлено, что в период 2023 – 2024 г. (в сравнении с 2020 – 2022 гг.) произошла кардинальная смена соотношения исследований, назначенных в рамках уголовных и гражданских дел (Рис. 3).

Так, если в 2020–2022 г. на 28,5–37,1% экспертиз по гражданским делам приходилось 62,9–71,5% СМЭ по уголовным делам, то в 2023–2024 г. доля исследований в рамках гражданского судопроизводства выросла до 60,6–57,8%, однако при расследовании уголовных дел и по материалам проверок эта доля снизилась до 39,4–42,2%.



*Рис. 3. Динамика распределения экспертиз, в зависимости от видов материалов дел*

Возможным объяснением сложившейся ситуации является тенденция следователей СК РФ с 2022 года назначать исследования по ДОМП в учреждения, не подчиняющиеся МЗ РФ. Условия и сроки ожидания экспертиз по ДОМП, назначенных в рамках проверок и уголовных дел, способствовали тому, что пациенты и их представители, не дожидаясь результатов исследования, стали самостоятельно подавать иски в гражданский суд.

Распределение экспертиз по ДОМП, в зависимости от медицинской специальности представлено ниже (Таблица 1).

**Таблица 1.** Количество СМЭ по ДОМП в зависимости от медицинской специальности

| Медицинская специальность  | Количество исследований по годам |      |      |      |      |                 |
|----------------------------|----------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
|                            | 2020                             | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Всего, абс. (%) |
| Акушерство и гинекология   | 62                               | 54   | 82   | 66   | 60   | 324 (14,9%)     |
| Хирургия                   | 54                               | 45   | 57   | 53   | 86   | 295 (13,6%)     |
| Инфекционные болезни       | 25                               | 48   | 77   | 42   | 39   | 231 (10,6%)     |
| Стоматология               | 22                               | 38   | 35   | 54   | 61   | 210 (9,7%)      |
| Терапия                    | 26                               | 43   | 31   | 29   | 64   | 193 (8,9%)      |
| Травматология              | 26                               | 36   | 27   | 31   | 43   | 163 (7,5%)      |
| Онкология                  | 23                               | 34   | 32   | 24   | 51   | 164 (7,5%)      |
| Нейрохирургия + неврология | 26                               | 34   | 38   | 22   | 20   | 140 (6,4%)      |

| Медицинская<br>специальность                      | Количество исследований по годам |      |      |      |      |                 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
|                                                   | 2020                             | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Всего, абс. (%) |
| Анестезиология и<br>реанимация + скорая<br>помощь | 15                               | 20   | 24   | 15   | 27   | 101 (4,6%)      |
| Педиатрия                                         | 17                               | 11   | 11   | 5    | 12   | 56 (2,6%)       |
| Офтальмология                                     | 4                                | 5    | 9    | 14   | 11   | 43 (2,0%)       |
| Урология                                          | 10                               | 6    | 8    | 7    | 10   | 41 (1,9%)       |
| Другие                                            | 45                               | 33   | 49   | 54   | 33   | 214 (9,8%)      |
| Итого                                             | 355                              | 407  | 480  | 416  | 517  | 2175 (100%)     |

Анализ данных таблицы показал, что наиболее часто возникали вопросы к врачам акушерам и гинекологам (14,9%). Количество таких экспертиз за 5 лет было 324. «Лидирующие позиции» акушеров-гинекологов объяснимы самим характером данной специальности. В представлении будущих родителей роды должны заканчиваться всегда благополучно для матери и ребенка. Причинами неблагоприятных исходов роженицы и их родственники зачастую считают ненадлежащее оказание медицинской помощи, что инициирует с их стороны жалобы и назначение судебно-медицинских исследований.

Помимо врачей акушеров и гинекологов «лидирующие» позиции занимали врачи следующих специальностей: хирургия, инфекционные болезни, стоматология и терапия. Резкий рост числа экспертиз по профилю инфекционных болезней в 2022 году связан с эпидемией новой коронавирусной инфекции и необходимостью разрешения вопросов о ДОМП в ее лечении (см. Табл. 1).

По результатам выполненных экспертиз оказалось, что более чем в половине случаев претензии пациентов и их родственников к медицинским учреждениям были обоснованы (Таблица 2), при этом ДОМП были установлены в 56–66% случаев (в среднем в 62%).

**Таблица 2.** Доля исследований с установленными ДОМП

| Годы  | Всего СМЭ по ДОМП, абс. | ДОМП установлены, абс. (%) |
|-------|-------------------------|----------------------------|
| 2020  | 355                     | 199 (56%)                  |
| 2021  | 407                     | 242 (59%)                  |
| 2022  | 480                     | 317 (66%)                  |
| 2023  | 416                     | 249 (60%)                  |
| 2024  | 517                     | 341 (66%)                  |
| Итого | 2175                    | 1348 (62%)                 |

Частота экспертиз с установленными ДОМП, в зависимости от профиля медицинской специальности, среди пяти наиболее частых, отражены в таблице 3. По акушерству и гинекологии в 223 случаях (68,8%) из 324 экспертиз были выявлены ДОМП. Больше число дефектов было определено только в стоматологии (86,7%).

**Таблица 3.** Динамика частоты экспертиз с установленными ДОМП, в зависимости от профиля медицинской специальности за 2020–2023 гг.

| Медицинская<br>специальность | Динамика частоты выявления ДОМП |       |       |       |       | Всего СМЭ<br>с ДОМП |                           |
|------------------------------|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|---------------------------|
|                              | 2020                            | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | Все СМЭ,<br>абс.    | СМЭ с<br>ДОМП абс.<br>(%) |
| Акушерство и<br>гинекология  | 56,4%                           | 77,8% | 73,3% | 65,2% | 71,7% | 324                 | 223 (68,8%)               |
| Хирургия                     | 59,3%                           | 55,6% | 70,2% | 66,0% | 58,1% | 295                 | 182 (61,7%)               |
| Стоматология                 | 72,7%                           | 84,2% | 94,3% | 88,9% | 86,9% | 210                 | 182 (86,7%)               |
| Терапия                      | 84,6%                           | 48,8% | 61,3% | 51,7% | 65,6% | 193                 | 119 (61,7%)               |
| Инфекционные<br>болезни      | 40%                             | 52,1% | 63,6% | 35,7% | 69,2% | 231                 | 126 (54,5%)               |

Обоснованные претензии к врачам инфекционистам были установлены в 54,5%, случаев, дефекты в работе хирургов и терапевтов встретились в равном количестве экспертиз и составили по 61,7% от всех случаев.

Таким образом, выполненный анализ комиссионных и комплексных экспертиз в СПб ГБУЗ «БСМЭ» за 5 лет показал, что общее количество судебно-медицинских экспертиз, связанных с дефектами оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, занимают первое место

среди всех экспертных исследований по разным специальностям. При этом в 68,8% случаев заявленные претензии пациентов и их родственников на качество лечения оказались обоснованными и нашли своё подтверждение при выполнении судебно-медицинских исследований.

Сложность выполнения исследований в акушерстве и гинекологии связана с тем, что: анатомо-физиологические особенности беременных женщин зачастую непредсказуемо влияют на патогенез экстрагенитальной патологии. Кроме того, в акушерстве медицинские работники несут ответственность как минимум за две жизни, то есть при возникновении осложнений им необходимо учитывать все возможные риски, вдвойне, как для матери, так и для ребенка.

Изучение, характеристика, унифицированная судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи беременным и роженицам и определение путей профилактики наиболее часто встречающихся дефектов являются актуальными вопросами судебной медицины и требуют дальнейшего исследования.

## **Литература**

1. Данилов Е.О. К вопросу о правовой оценке дефектов медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза. 2024;67(6):62-66. <https://doi.org/10.17116/sudmed20246706162>.
2. Калинин Р.Э., Баринов Е.Х. О необходимости разработки медицинских критериев причинно-следственной связи по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза. 2024; 67(6):5-11. <https://doi.org/10.17116/sudmed2024670615>.
3. Баринов Е.Х., Ковалев А.В., Ромодановский П.О. Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
4. Врачебные дела: юридическая и экспертная оценка проблем ненадлежащего оказания медицинской помощи: монография. Отв. ред. Мохов А.А. М.: Блок-Принт; 2023.
5. Быховская О.А., Филатов А.И., Лобан И.Е., Исаков В.Д. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников. Судебно-медицинская экспертиза. 2018; 61(5):18-20. <https://doi.org/10.17116/sudmed20186105118>.
6. Баринов Е.Х., Калинин Р.Э., Ковалев А.В. Роль и значение повторной судебно-медицинской экспертизы дефектов оказания медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза. 2023; 66(5):5-10. <https://doi.org/10.17116/sudmed2023660515>.

7. Каждая третья жалоба пациента в Следственный комитет заканчивается возбуждением уголовного дела [Электронный ресурс]. Медвестник. 15.09.2023. Ссылка активна на 02.10.2023. <https://medvestnik.ru/content/news/Kajdaya-tretya-jaloba-pacienta-v-Sledstvennyi-komit-et-zakanchivaetsya-vozbuзdeniem-ugolovnogo-dela.html>.

8. Шмаров Л.А. Соотнесение результатов выполнения судебно-медицинских экспертиз с решениями судов по искам к медицинским организациям. Судебно-медицинская экспертиза. 2020; 63(3):8–12. <https://doi.org/10.17116/sudmed2020630318>.

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*В.А. Корякина<sup>1,2</sup>, А.И. Филатов<sup>1</sup>, д.м.н., профессор В.Д. Исаков<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФБГОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

**Аннотация:** С целью определения актуальных вопросов и проблем судебно-медицинской оценки прерывания беременности и предложения способов их решения, были изучены и проанализированы 1073 судебно-медицинские экспертизы и исследования, выполненные в 2023 году в отделении первичных комиссионных и комплексных экспертиз СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», в которых решались вопросы прерывания беременности. Такие экспертизы носят комиссионный характер и, как правило, выполняются с участием внештатных специалистов акушеров и гинекологов. При этом решение вопросов о связи прерывания беременности с травмой может быть сопряжено с вопросами о наличии ДОМП. В случаях назначения исследования в отдел экспертизы живых лиц в выводах эксперта необходимо рекомендовать следствию назначения в дальнейшем комиссионного или комплексного исследования с участием внештатного специалиста соответствующего клинического профиля.

**Ключевые слова:** судебно-медицинское исследование, экспертиза, прерывание беременности, причинно-следственная связь, тяжесть вреда здоровью, дефект оказания медицинской помощи.

## FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF PREGNANCY TERMINATION CASES

*V.A. Koryakina<sup>1,2</sup>, A.I. Filatov<sup>1</sup>, V.D. Isakov<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Saint Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination, Saint Petersburg,

<sup>2</sup>FBGOU VO North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg

**Summary:** In order to identify topical issues and problems of the forensic medical assessment of pregnancy termination, as well as to suggest ways to solve them, 1073 forensic medical examinations and studies performed in 2023 at the department of primary commission and complex examinations of the St. Petersburg State Medical Institution Bureau of Forensic Medical Examination were studied and analyzed issues of termination of pregnancy. Such examinations are commission-based and, as a rule, are performed with the participation of

*freelance obstetrician and gynecologist specialists. At the same time, the solution of questions about the connection between termination of pregnancy and injury may involve questions about the presence of DOMP. In cases where a study is assigned to the department of expertise of living persons, the expert's conclusions should recommend to the investigation the appointment of a further commission or comprehensive study with the participation of a freelance specialist of the appropriate clinical profile.*

**Keywords:** forensic medical examination, examination, termination of pregnancy, causal relationship, severity of harm to health, defect in medical care.

Установление степени тяжести вреда, причиненного здоровью, в случаях прерывания беременности в результате травмы или ненадлежащего оказания медицинской помощи, является одним из наиболее сложных видов экспертиз.

**Цель исследования.** Определить актуальные вопросы и проблемы судебно-медицинской оценки прерывания беременности и предложить способы их решения.

**Материалы и методы.** Подвергнуты изучению и анализу 1073 судебно-медицинские экспертизы и исследования, выполненные в 2023 году в отделении первичных комиссионных и комплексных экспертиз СПб ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», в которых решались вопросы прерывания беременности. Из них с участием внештатных акушеров-гинекологов было выполнено 41 экспертиза, что составило долю 3,8%. Всего в исследованиях привлекались 5 внештатных специалистов, в зависимости от их узкой специализации и вопросов, поставленных на разрешение экспертов, специалистов в области: акушерства, гинекологии, репродуктивных технологиях, онкогинекологии.

Как правило, вопросы, подлежащие разрешению СМЭ при производстве экспертизы лиц женского пола, связанные с беременностью, включают: 1) установление наличия и срока беременности; 2) установление факта бывших родов 3) установление факта искусственного прерывания беременности; 4) установление связи прерывания беременности с травмой.

С учётом особенностей производства экспертиз по данным вопросам следствия, проводимые исследования часто требуют привлечения

внештатных специалистов, то есть экспертизы приобретают комиссионный или комплексных характер.

В Правилах организации деятельности отделения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела и проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела (Приказ МЗ РФ № 491н от 25 сентября 2023 года «Об утверждении порядка проведения судебно-медицинской экспертизы») в п. 5 указано *«К проведению экспертиз по делам ...в случаях прерывания беременности, ...привлекаются другие эксперты (сотрудники образовательных, медицинских и научных организаций), не состоящие в штате судебно-экспертной организации...»*. Кроме того, в методических рекомендациях указывается, что *обследование в случаях подозрения на бывшие роды, прерывание беременности проводится совместно с врачом-акушером-гинекологом* (Методика проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц ФГБУ «РЦСМЭ», Москва, 2024).

Таким образом, возникает некое противоречие – особенности порядка организации и проведения экспертиз акушерско-гинекологического профиля отражены в разделе *«организация и проведение экспертиз живых лиц»* и для этого требуется эксперт, имеющий специальную подготовку, помещение, оборудованное для гинекологического осмотра, то есть данные экспертизы проводятся в отделе экспертизы живых лиц. В то же время характер судебно-медицинских исследований, прямо или косвенно связанных с наличием беременности у подэкспертной, носит комиссионный характер. Однако наличие экспертов со специальной подготовкой по акушерству и гинекологии не является обязательным для подразделений, выполняющих комиссионные и комплексные исследования. Следовательно, алгоритм взаимодействия специалистов данных подразделений БСМЭ при решении экспертных вопросов, связанных с беременностью, нормативно чётко не закреплён.

Одним из наиболее сложных видов экспертиз лиц женского пола является определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью, в

случаях прерывания беременности. При таком исследовании необходимо устанавливать наличие прямой причинно-следственной связи факта прерывания беременности с полученной травмой, При этом следует тщательно дифференцировать роль травмы от различных случайных факторов, в том числе от гинекологической патологии или искусственного аборта, выполненного по несвязанным с травмой показаниям [1–3].

Роль предшествующей патологии в прерывании беременности изучают как на основании исследования представленных медицинских документов, полученных из организаций здравоохранения, в которых наблюдалась подэкспертная по поводу ранее бывшей и настоящей беременности (до и после травмы), так и основании результатов обследования потерпевшей.

Решение вопроса о причинной связи прерывания беременности с травмой может основываться только на бесспорных объективных данных. Императивных и универсальных критериев установления прямой причинно-следственной связи прерывания беременности с травмой не существует. Экспертный анализ в каждом из этих случаев индивидуален и основывается на следующих положениях:

- возникновение прерывания беременности в ближайшее время после травмы (до единичных десятков часов);
- наличие объективных признаков травмы в области живота, таза, половых органов или наличие вызванного тяжелой экстра- или интрагенитальной травмы, а также угрожающего жизни состояния (шок тяжелой степени, острая массивная кровопотеря и т.д.);
- неосложненное течение беременности до момента травмы, отсутствие объективных признаков высокого акушерско-гинекологического риска;
- отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии (соматические, инфекционные заболевания, с суб- или декомпенсацией витальных функций, с клинически значимой иммуносупрессией и т.п.) [4].

Нередко для оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью в связи с прерыванием беременности, следствием назначается комиссия и комплексная экспертиза.

Судебно-медицинская оценка прерывания беременности производится не только в случаях травмы, но и в экспертизах по делам о привлечении к ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения.

Другим направлением экспертной работы в исследуемой группе заключений было решение вопросов по дефектам оказания медицинской помощи (ДОП). Количество экспертиз с такими вопросами было 196, что составило 18,3% от всей анализируемой выборки.

Экспертизы по делам о привлечении к ответственности медицинских работников акушерско-гинекологического профиля за профессиональные правонарушения были проведены в 32 случаях. В 78% эти экспертизы выполнялись с привлечением врачей клинического профиля: акушеров и гинекологов. При этом дефекты оказания медицинской помощи были выявлены в 23 случаях (что составляет 56% от акушерско-гинекологических исследований и 16,6% от всех заключений с ДОМП).

Вопросы, прямо или косвенно связанные с прерыванием беременности (в том числе ДОМП в отношении беременных), решались в 33 случаях, из них 25 – только по ДОМП, 8 – оценивалась связь прерывания беременности с травмой (из которых в 2-х случаях дополнительно ставились вопросы и о наличии ДОМП).

В 25 случаях судебно-медицинских экспертиз, проведенных с привлечением акушеров-гинекологов для ответов на вопросы о надлежащем оказании медицинской помощи, установлены следующие неблагоприятные последствия:

- у матерей в 14 случаях (7 – послеродовые инфекции; 3 – преждевременное прерывание беременности; 2 – травмы, включая разрыв

таза в родах и перфорацию матки при медицинском аборте; 2 – кровотечения, в том числе одно со смертельным исходом);

- у детей в 11 случаях (4 – родовой травматизм, включая тяжелую ЧМТ после вакуум экстракции; 3 – внутриутробное инфицирование; по 2 случая пришлось на асфиксию в родах и диагностику врожденных пороков развития).

Прямая причинно-следственная связь (ПСС) ДОМП с неблагоприятными исходами была установлена в 2-х случаях родowego травматизма у детей: с квалификацией по степени тяжести, как вред здоровью средней тяжести – 1 и тяжкий вред здоровью – 1 (по п. 6.1.3 Приложения к Приказу Минздравсоцразвития от 24.04.08 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека»), а также в одном случае инфицирования у матери (по квалифицирующему признаку кратковременного расстройства здоровья по п. 8.1 Приложения к Приказу № 194н).

Из оставшихся 8 случаев, связанных с привлечением акушеров-гинекологов к ответственности за профессиональные правонарушения 6 исследований были связаны с оказанием медицинской помощи гинекологического, в том числе онкологического профиля, по 1-му случаю пришлось на суррогатное материнство и развитие тяжелой инфекции глаза у новорожденного в первый месяц жизни.

Решение вопросов о наличии связи прерывания беременности с травмой составило 8 случаев (25,0%) от всех экспертиз, связанных с прерыванием беременности.

Прямая ПСС не была обнаружена в 7 (87,5%) случаях (3 исследования беременность прервалась на раннем сроке 7–9 недель, 4 случая – прерывание беременности на сроке 31 неделя).

В проанализированной выборке выявлен только один случай (из 8), установления тяжкого вреда здоровью при наличии прямой причинно-следственной связи травмы с прерыванием беременности.

Иногда в случаях прерывания беременности на фоне травмы (2 исследования) в последующем, после первичных экспертиз, назначались дополнительные экспертизы, связанные с вопросами о наличии ДОМП в акушерстве и гинекологии в отношении прервавшихся беременностей.

### **Заключение**

Судебно-медицинские исследования, связанные с решением вопросов о прерывании беременности, являются сложным видом экспертиз. Они носят комиссионный характер и, как правило, выполняются с участием внештатного специалиста акушера-гинеколога. При этом решение вопросов о связи прерывания беременности с травмой может быть сопряжено с вопросами о наличии ДОМП.

Нормативно закреплённых алгоритмов взаимодействия специалистов отделов экспертизы живых лиц и экспертизы по материалам дела при решении экспертных вопросов, связанных с беременностью (в том числе с ее прерыванием) на современном этапе в руководящих документах не прописано.

В связи с тем, что оценка вреда здоровью, причиненного в связи с прерыванием беременности, должна выполняться с привлечением внештатных специалистов, целесообразно производство таких исследований в отделе экспертизы по материалам дела.

В случаях назначения исследования в отдел экспертизы живых лиц в выводах эксперту необходимо рекомендовать следствию (в соответствии с действующими нормативными документами) назначение в дальнейшем комиссионного или комплексного исследования с участием внештатного специалиста соответствующего клинического профиля.

### **Литература**

1. Недугов Г.В. Судебно-медицинская оценка генеза несостоявшихся ранних посттравматических выкидышей. Судебно-медицинская экспертиза. 2013;56(1):13–16.
2. Mattox K.L., Goetzl L. Trauma in pregnancy. Crit Care Med 2005; 33: 10: Suppl: S385—S389.

3. El Kady D. Perinatal outcomes of traumatic injuries during pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2007; 50: 3: 582—591.

4. Kim J, Kim S, Kwak D, Choi D. Treatment of placental abruption following blunt abdominal trauma: a case report. J Trauma Inj. 2024 Dec 4. doi: 10.20408/jti.2024.0050. Epub ahead of print. PMID: 39628265.

## ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМЫ

к.м.н. О.И. Косухина<sup>1,2</sup>, к.м.н. Д.А.Сапунова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», Минздрава России, Москва

<sup>2</sup> ГКОУ ВО «Российская таможенная академия», Люберцы

**Аннотация:** В статье описываются дефекты оказания медицинской помощи, включающие в себя дефекты диагностики, лечения, заполнения медицинской документации, выявляемые при проведении комиссионных экспертиз по делам врачей. Актуальность данной проблемы подкрепляется статистическими данными отделов комиссионных экспертиз. Особенный интерес представляют сложные случаи, сочетающие в себе тяжелое течение основного заболевания с осложнениями, оказывающими влияние на несколько систем организма. В статье приводится реальный случай из практики, который рассматривался в рамках нескольких повторных комиссионных экспертиз и вызвал прямо противоположные мнения экспертов.

**Ключевые** дефекты диагностики, дефекты лечения, дефекты заполнения медицинской документации, комиссионная экспертиза, экспертиза по делам врачей, неходжкинская лимфома.

## INDUSTRIAL DISADVANTAGES OF PROVIDING MEDICAL CARE FOR COMPLICATIONS OF NON-HODGKIN'S LYMPHOMA

O.I. Kosukhina<sup>1,2</sup>, D.A. Sapunova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> FGBOU HE «Russian University of Medicine», Ministry of Health of Russia, Moscow

<sup>2</sup> State Educational Institution of Higher Education «Russian Customs Academy», Lyubertsy, Moscow Region

**Summary:** The article describes defects in the provision of medical care, including defects in diagnosis, treatment, and filling out medical documentation, identified during commission examinations of doctors. The relevance of this problem is supported by statistical data from the departments of commission examinations. Of particular interest are complex cases that combine a severe course of the underlying disease with complications affecting several body systems. The article presents a real case from practice, which was considered in the framework of several repeated commission examinations and caused directly opposite opinions of experts.

**Keywords:** diagnostic defects, treatment defects, defects in filling medical data.

**Актуальность.** В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост комиссионных судебно-медицинских экспертиз. По данным Бюро судебно-

медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы, лидирующие позиции занимали экспертизы, выполненные по хирургическому профилю – 23%, за ними – акушерско-гинекологического – 10%, неврологического – 8%, стоматологического – 7% и травматологического профиля – 3%. Прочие медицинские профили составили 49% [1].

**Цель исследования.** Анализ дефектов медицинской помощи при осложнениях неходжкинской лимфомы на примере практического случая.

**Введение.** В случае, когда сам пациент или его родственники обращаются в органы следствия или в суд с иском о неправильном лечении и действиях медицинского персонала, то, как правило, назначается комиссия судебно-медицинская экспертиза с привлечением профильных специалистов: кардиологов, пульмонологов, онкологов и т.д. [2, 3].

**Материалы и методы.** Материалом для изучения явилась комиссия судебно-медицинская экспертиза, для ее изучения применялся аналитический метод. Представленный случай является довольно редким для проведения судебно-медицинской экспертизы. В органы следствия обратилась мать погибшей гражданки М. с заявлением о привлечении к уголовной ответственности гражданки В., являющейся врачом терапевтом поликлиники, куда обращалась покойная М. с основным диагнозом неходжкинская лимфома за медицинской помощью.

По распространенности в России выявляется на 100 тысяч населения 5–7 человек с этим заболеванием. Неходжкинские лимфомы составляют 90% от общего числа лимфом [4]. Если говорить о возрастных категориях, то чаще всего этот вид лимфом встречается у людей старше 60 лет, но в последнее время отмечается заболеваемость среди людей в возрасте 15–24 года. У мужчин наиболее часто, чем у женщин, в зависимости от региона [5].

Из обстоятельств дела: 28.03.2018 г. гр. М. обратилась на прием к участковому терапевту с жалобами на «сердцебиение, боли в грудной клетке, одышку при ходьбе». Объективно у пациентки отмечалась тахикардия до 93

ударов в минуту, при аускультации легких: жесткость дыхания и единичные сухие хрипы во всех отделах, резкое ослабление дыхания в нижних отделах справа.

Пациентке было назначено медикаментозное лечение и обследование, в том числе и бета-блокатор (анаприлин 40 мг).

05.09.2018 г. к гр. М. была вызвана на дом бригада скорой медицинской помощи – «со слов матери дочь выпила неизвестное количество В-блокаторов (Анаприлин-40 мг, Бисопролол)», «выпила таблетки 3 часа назад».

При поступлении предъявляет жалобы на чувство нехватки воздуха, тошноту, головокружение, боли за грудиной, рвота 3 раза, общая слабость. Состояние расценивалось как тяжелое. Гр. М. был выставлен диагноз «Острое отравление медикаментами (Анаприлин, Бисопролол). Неходжкинская лимфома». Назначена интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения, но 06.09.2018 г. в 06:50 ч. констатирована смерть гр. М. после продолжительных реанимационных мероприятий.

Судебно-медицинский диагноз: Основное заболевание. Неходжкинская лимфома в стадии ремиссии после курсов полихимиотерапии и лучевой терапии (на основании данных медицинских документов). Постлучевой фиброз правого легкого... Хронический фиброзирующий бронхит (клинически – обструктивный с 2011 года). Бронхиальная астма (клинически – с 2016 года). Осложнение. Астматический статус (клинически и морфологически). Сопутствующие заболевания. Гипоплазия щитовидной железы. Кисты яичников. Мелкоочаговый кардиосклероз.

Первичная судебно-медицинская экспертиза была назначена в районное отделение бюро СМЭ, где поставлены следующие вопросы и даны ответы экспертов:

Вопрос №1. «Какова непосредственная причина смерти М.?».

Ответ на вопрос №1. Смерть гр. М. наступила в результате нарушения функции сердечно-сосудистой системы, в виде брадикардии и артериальной

гипотонии (клинически), вызванных одновременным приемом двух препаратов из группы адrenoблокаторов (бисопролола и анаприлина). Указанное нарушение функции сердечно-сосудистой системы закономерно привело к развитию острой сердечно-сосудистой недостаточности, послужившей непосредственной причиной смерти.

Вопрос №2. «Имеется ли причинно-следственная связь между смертью М. и выявленными дефектами оказания ей медицинской помощи?»

Ответ на вопрос №2. Изменение причины смерти с учетом данных дополнительного судебно-химического исследования, проведенного в рамках настоящей экспертизы, делает результаты ранее проведенных вневедомственных проверок качества оказания медицинской помощи некорректными, и требует повторного их проведения.

Дополнительная судебно-медицинская экспертиза проводилась в областном бюро СМЭ. На решение поставлены следующие вопросы и представлены ответы:

Вопрос №1: «Имеется ли причинно-следственная связь между смертью М. и выявленными дефектами оказания ей медицинской помощи?».

Ответ на вопрос №1: Смерть гр. М. наступила в результате нарушения функции сердечно-сосудистой системы, в виде брадикардии и артериальной гипотонии (клинически), вызванных одновременным приемом двух препаратов из группы адrenoблокаторов (бисопролола и анаприлина)... декомпенсации ... патологии дыхательной системы, с развитием острой дыхательной недостаточности, в виде бронхоспазма и острой эмфиземы.

В ходе проведения проверок, были выявлены следующие дефекты оказания медицинской помощи пациентке в рассматриваемый период времени:

- 1) В ГБУЗ «Городская больница № 1» с 2013 г. по 2018 г.: неполный сбор анамнеза, отсутствие рекомендаций по осмотру после дообследования;
- 2) В ГБУЗ «ССМП» 2018г.: дефекты сбора анамнеза, оформления медицинской документации;

3) В ГБУЗ «Городская больница № 1» с 05.09.2018 г. по 06.09.2018 г.: неполный сбор анамнеза, неадекватная трактовка имеющихся жалоб и данных объективного осмотра.

Выявленные дефекты оказания медицинской помощи не состоят в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти пациентки, но если следствием будет установлен факт одновременного приема бисопролола и анаприлина гр. М. из-за соответствующего назначения какого-либо врача, можно говорить об обратном.

По причине противоречивости выводов, данная экспертиза была перенаправлена на республиканский уровень. Перед экспертом поставлены вопросы и получены ответы.

Вопрос №1. Какова непосредственная причина смерти М.?

Ответ: Смерть М. наступила от легочно-сердечной недостаточности, кахексии, анемии, явившиеся осложнениями заболеваний: неходжкинская лимфома 4 ст. с развитием на фоне полихимиотерапии и лучевой терапии постлучевого легочного фиброза правого легкого, постлучевых сращений между грудиной, правым легким и сердечной сорочкой, между сердечной сорочкой и сердцем хронического фиброзирующего бронхита, бронхиальной астмы, пролапса митрального клапана 2 степени с регургитацией 2 степени, малой аномалии развития сердца (МАРС) двухстворчатый аортальный клапан с развитием недостаточности 1 степени (по данным эхокардиографии 2015, 2016, 2018 гг.).

Вопрос №2. Имелось ли у М. выраженное заболевание сердца, которое могло стать причиной развития острого патологического состояния?

Ответ: Да, имелось выраженное заболевание сердца (хроническое легочное сердце).

Вопрос №3. Страдала ли М. бронхиальной астмой средней степени тяжести, если да, то имеются ли подтверждения заболевания в виде бронхиальной астмы средней степени тяжести у М. по клиническим,

лабораторным и инструментальным данным, изложенным в медицинской документации?

Ответ: Да, страдала. Об этом свидетельствуют данные медицинской документации (в амбулаторной карте клиника бронхиальной астмы описана с 2013 года).

Вопрос №4. Может ли одновременный приём таких лекарственных препаратов как анаприлин и бисопролол при обычных условиях угрожать жизни или здоровью человека, в том числе, потерпевшей М. с учётом имевшихся у неё заболеваний?

Ответ: Каких-либо сведений о назначении и приеме таблеток бисопролол в представленной медицинской документации на имя М. (в том числе, в амбулаторной карте) нет. Клинические данные при поступлении также не соответствуют клинике отравления препаратами «анаприлин и бисопролол» Установленная при судебно-химическом исследовании крови доза пропранолола (анаприлина) – менее 0,1 мкг/мл – является в 1000 раз меньше смертельной дозы. Обнаруженная в трупной крови доза бисопролола 0,06 мкг/мл не является токсической концентрацией.

В то же время, согласно литературным данным, прием анаприлина (даже в терапевтической дозе) мог ухудшить самочувствие пациента (вызвать артериальную гипотонию, бронхообструктивный синдром). Показаний для назначения препарата анаприлин в данном случае не было.

Вопрос №5. Допустимо ли одновременное назначение к приёму препаратов Анаприлин и Бисопролол без ущерба для жизни и здоровья пациента?

Ответ: Комбинация препаратов анаприлин и бисопролол считается не рациональной.

Ввиду диаметрально противоположных выводов о непосредственной причине смерти, которую невозможно определить в ходе допроса экспертов, принято решение о назначении экспертизы в Центральном бюро СМЭ.

**Обсуждение.** Проанализировав ряд литературных источников, находящихся в открытом доступе, случаев с разнополярным мнением экспертов и специалистов по данному заболеванию, зафиксировано не было. В 2018 году в России не существовало клинических рекомендаций по ведению пациентов после химиотерапевтического лечения, однако, врачу-терапевту стоило обратить внимание на рекомендации 2014 года по кардиотоксичности, в которых отображается, что применявшиеся в лечении бета-блокаторы не обладают кардиопротективной активностью и не могут быть рекомендованы при лечении неходжкинской лимфомы.

**Выводы:** Проанализировав материалы дела представленного случая из практики, можно сделать выводы о наличии дефектов оказания медицинской помощи на диагностическом этапе, этапе лечения, организации в части привлечения консультантов и заполнению медицинской документации. Произвести оценку причинно-следственных связей выявленных дефектов оказания медицинской помощи и наступлением смерти пациентки не представляется возможным по причине полного расхождения мнений экспертов.

### **Литература**

1. Хавкина Д.А., Морозов Ю.Е. Дефекты оказания медицинской помощи в судебно-медицинской экспертной практике. // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: тематический сборник научных трудов по результатам II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Нижний Новгород, 12 февраля 2019 года / ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России; Под общей редакцией И.А. Камаева, В.М. Леванова. Том II. Выпуск XII. – Нижний Новгород: Приволжский исследовательский медицинский университет, 2019. С. 94–100.
2. Павлин С.А. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи в кардиологии // Синергия Наук. 2023. № 81. С. 79–89.
3. Косухина О.И., Баринев Е.Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е. Н. Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи и неблагоприятных исходов в кардиологической практике. Методические рекомендации утверждены и рекомендованы к изданию Ученым советом ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России (протокол № 7 от 27 декабря 2016 года) / Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва: ООО «Полиграфические решения», 2017. – 16 с.

4. Shankland K., Armitage J., Hancock B. Non-Hodgkin lymphoma // Lancet. – 2012. – № 9844. – P. 848–857.

5. Sapunova D.A. Therapist's view of arterial stiffness depending on the degree of arterial hypertension in menopausal women // Practice Oriented Science: UAE – RUSSIA – INDIA : Proceedings of the International University Scientific Forum, Dubai, 06 мая 2022 года. Vol. Part 1. – Dubai: Инфинити, 2022. – P. 154-160.

**ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЕННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО СУДЕБНО-  
МЕДИЦИНСКИМ ЭКСПЕРТИЗАМ, СВЯЗАННЫМ С  
ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
(ПО ДАННЫМ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ  
ЭКСПЕРТИЗ, ВЫПОЛНЕННЫХ В ГБУЗ НО  
«НИЖЕГОРОДСКОЕ ОБЛАСТНОЕ БЮРО СУДЕБНО-  
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»)**

*К.Ю. Кошчева, Ю.Е. Егорова, Е.С. Сухарева, к.м.н. И.С. Эделев*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Нижегородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы»,  
Нижний Новгород*

**Аннотация:** Статья о проблеме ненадлежащего заполнения медицинской документации по данным комплексных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в отделении судебно-медицинской экспертизы по материалам дела ГБУЗ НО «Нижегородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы». Подробно описаны различные типы нарушений, встречающихся в первичной медицинской документации. Цель статьи подчеркнуть критическую важность качественного, полного и своевременного оформления медицинской документации для обеспечения справедливости в медицинских спорах и повышения качества проведения судебно-медицинских экспертиз по материалам дела.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, первичная медицинская документация, исправления в медицинской документации, неразборчивость записей в медицинской документации, своевременное заполнение медицинской документации.

**DEFECTS IN THE DESIGN OF SUBMITTED MEDICAL  
DOCUMENTATION IN FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS  
RELATED TO VIOLATIONS BY MEDICAL WORKERS (BASED ON DATA  
FROM COMMISSIONED FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS  
CONDUCTED AT THE STATE BUDGETARY HEALTHCARE  
INSTITUTION OF THE NIZHNY NOVGOROD REGION «NIZHNY  
NOVGOROD REGIONAL BUREAU OF FORENSIC MEDICAL  
EXPERTISE»)**

*K.Yu. Koshcheeva, Yu.E. Egorova, E.S. Sukhareva, I.S. Edelev  
State Budgetary Healthcare Institution of the Nizhny Novgorod Region «Nizhny  
Novgorod Regional Bureau of Forensic Medical Expertise», Nizhny Novgorod*

**Summary:** This article addresses the issue of improper completion of medical documentation based on data from comprehensive forensic medical examinations conducted in the forensic medical examination department concerning the materials of the case at the GBUZ Nizhny Novgorod Regional Bureau of Forensic Medical Expertise. Various types of violations encountered in primary medical documentation are described in detail. The purpose of the article is to emphasize the critical importance of the quality, completeness, and timely completion of medical documentation to ensure fairness in medical disputes and to improve the quality of forensic medical examinations based on case materials.

**Keywords:** forensic medical expertise, primary medical documentation, corrections in medical documentation, illegible entries in medical documentation, timely completion of medical documentation.

Для решения вопросов об ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения, а также при проведении судебно-медицинских экспертиз по дефектам оказания медицинской помощи необходима работа с первичной медицинской документацией, которая является не только медицинским, но и юридическим документом [1]. Поскольку, особенно в последнее время, возросло количество как уголовных дел так и гражданских исков к врачам по поводу причиненного вреда здоровью в результате дефектов оказания медицинской помощи, первичная медицинская документация является едва ли не единственным документом, свидетельствующим о добросовестном исполнении профессиональных обязанностей, и позволяет врачу опровергнуть предъявляемые обвинения и претензии.

Экспертам отделения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела ГБУЗ НО «Нижегородское областного бюро судебно-медицинской экспертизы» наиболее часто встречаются следующие нарушения, выявляемые при работе с медицинскими документами, не позволяющие проводить полноценные комиссионные судебно-медицинские экспертизы по делам, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников [2, 3]:

- Неразборчивые записи. Это связано не только с тем, что непонятен почерк врачей, но и с тем, что записи делаются спешно, слова не дописываются до конца, подписи врачей, как правило, прочтению не

подлежат. В крайних случаях при неразборчивости таких записей (чаще при динамическом наблюдении в поликлинике у одного и того же лечащего врача узкой специальности, в основном у хирурга, травматолога) приходится обращаться с ходатайством к лицу, назначившему экспертизу о предоставлении расшифровки нечитаемых записей, что приводит к более длительным срокам производства экспертизы.

- Дополнительные листы в медицинских картах, порой разного цвета, которые вклеиваются небрежно, текст оказывается подшитым, новые листы вклеиваются, разрывая один дневник, окончание начатого текста находится через несколько страниц, в некоторых случаях листы вырываются и вклеиваются вновь. Вклеенный текст вместе с клеем отрывается на соседнюю страницу и порой начало или конец текста с правой или левой сторон невозможно разобрать, а додумывать за врачей, что же написано в документах, мы не имеем права. Небрежность настолько очевидна, что создаётся впечатление о незнании врачами не только правил заполнения медицинских документов, но и их значения.

- Исправления – отдельная тема. Понятно, что врачи, оказывая медицинскую помощь, торопятся, что нервная обстановка не позволяет иногда записать всё правильно и чётко, тем не менее необходимо стараться минимизировать исправления, а если они есть, то вносить изменения с пометкой «исправленному верить, подпись, дата исправления», а не вписывать сверху на зачеркнутом тексте мелким почерком и другими чернилами корректировки. Слившиеся строки делают документ трудно читаемым, а отсутствие пометок «исправленному верить» наводит на мысль о вписках, о внесении изменений «по горячим следам», когда историю болезни пришли изымать следственные органы.

- Карты медицинских клиник, особенно из частных медицинских центров, встречаются без номеров на титульных листах, отсутствует название клиники. Очень часто карты оформлены не по установленной форме. Карты ведутся и хранятся небрежно, листы из карт выпадают,

отсутствует хронологический порядок ведения записей. Сами карты распечатаны на обычных листах формата А4, скрепленные скобами степлера. Зачастую в таких картах отсутствует информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ИДС).

- Встречаются случаи, когда медицинские карты из поликлиник по месту жительства, рентгеновские снимки находятся на руках у пациентов, которые их теряют, иногда сами пациенты вносят в карты изменения, вписывая туда «нужную» для них информацию, а в некоторых случаях утрата медицинской документации происходит вследствие потопа или пожара в архиве больницы, невозможности восстановления жесткого диска, на котором хранится электронная база записей цифровых исследований, таких как цифровая рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. В связи с отсутствием первичной медицинской документации комиссия экспертов не может установить, имеются ли дефекты оказания медицинской помощи в лечебном учреждении и имеется ли причинно-следственная связь между оказанной медицинской помощью и наступлением неблагоприятного исхода пациента [2, 3].

- Короткие дневниковые записи, в которых отсутствуют данные даже о пульсе и артериальном давлении. Практика написания дневников за 3–4 дня одномоментно не может быть позволена даже травматологам и хирургам. У лиц же с соматическими заболеваниями врачи обязаны ежедневно вносить записи о состоянии здоровья в историю болезни. В противном случае мы вынуждены писать об отсутствии динамического наблюдения за больным.

- Отдельная тема касается оформленных на компьютере дневниковых записей. Записи пишутся по шаблону, порой каждый день одинаковые, даже давление, пульс и частота дыхания остаются неизменными. Записи от предыдущих пациентов могут быть не стёрты, что может приводить к мысли о подлоге документов.

- Отсутствие либо неполное описание локального и специального статуса. Например, когда при наличии нескольких видов телесных

повреждений (кровоподтеков, ссадин, кровоизлияний) врачи-клиницисты ограничиваются указанием на то, что имеют место «ушибы мягких тканей» той или иной области; не указывают на точную локализацию повреждений в соответствии с общепринятыми анатомическими ориентирами (например, при описании локального статуса указывают, что повреждение находится на голове, спине, конечностях); встречается чрезвычайно краткое, неполное, нередко неправильное описание телесных повреждений (например, при наличии раны нет описания её краев и концов, глубины и хода раневого канала, объективных признаков, подтверждающих факт проникновения в грудную либо брюшную полости); отсутствует описание неврологического статуса при наличии черепно-мозговой травмы. Эти дефекты оформления медицинской документации не позволяют комиссии экспертов решать вопросы, связанные как с механизмом возникновения повреждений, так и с взаиморасположением потерпевшего и нападавшего, что имеет столь важное значение в судебно-следственной практике, тем более, когда в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы имеются вопросы и по наличию телесных повреждений, их механизму, характеру, тяжести вреда, причиненного здоровью человека, и по вопросам дефектов оказания медицинской помощи медицинскими работниками после получения потерпевшим травм, особенно в случаях возникновения осложнений (например, нагноения ран, гнойно-септических осложнений, жировой эмболии и т.д.) или возникновения последствий травм (например, контрактуры суставов, несросшегося перелома, формирования ложного сустава, потери зрения, слуха и др.).

Хотелось бы еще отметить дефекты оформления медицинской документации, которые встречаются реже вышеупомянутых:

- Отсутствие обоснований клинического диагноза, клинической симптоматики заболевания, результатов исследований и их интерпретации.
- Отсутствие обоснованности проведения медицинского вмешательства.

- Несоответствие выставленного диагноза клинической картине заболевания.

- Отсутствие данных обо всех обращениях пациента, информации о врачах, участвующих в оказании медицинской помощи, или об участии ординаторов.

Вышеописанные упущения в оформлении первичной медицинской документации приводят к тому, что следователи вынуждены допрашивать врачей, уточняя локализацию и количество повреждений, ход раневого канала, воспроизвести более детальное описание хода операции, назначений по поводу лечения, инструментального и лабораторного обследования и т.д., что отрицательно сказывается как на сроках производства судебно-медицинских экспертиз, так и на работе правоохранительных органов.

Таким образом, медицинская документация пациента является, в первую очередь, юридическим документом, который позволяет доказать наличие или отсутствие причинно-следственной связи между оказанной медицинской помощью и ее неблагоприятными последствиями. В силу этого медицинская документация должна содержать точную и достоверную информацию о проведенном лечении. Стоит отметить, что данная документация, оформленная в лечебном учреждении, характеризует уровень лечебно-диагностической работы и квалификации медицинского персонала, в связи с чем выступает «лицом» медицинской организации.

С учетом вышеизложенного, необходимо усилить работу на клинических кафедрах в медицинских высших учебных заведениях страны, в лечебно-профилактических учреждениях, медицинских организациях и центрах по ответственному, полному и своевременному заполнению первичной медицинской документации. Требования по оформлению медицинской документации должны быть едины как для государственных медицинских учреждений, так и для частных медицинских клиник и центров, так как на сегодняшний день именно медицинская документация является ключевым аргументом, как для судей, так и для надзорных органов, и от

того, насколько правильно она составлена, зачастую зависит исход как уголовного дела, так и судебного спора пациента с медицинским учреждением.

## **Литература**

1. Карцевский А.В., Обухов О.А., Эделев Н.С., Загрядская А.П. История болезни как юридический документ: Методическое пособие для врачей и студентов-медиков. Нижний Новгород; 1995.

2. Приказ от 25 сентября 2023 г. № 491н «Об утверждении порядка проведения судебно-медицинской экспертизы». Москва: Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202310250009> (дата обращения: 10.02.2025).

3. Методические рекомендации от 20.09.2024. «Методика проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела». Москва: ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России. URL: <https://rc-sme.ru/Expertise/metod.php>.

## **РАЗВИТИЕ ДЕФИНИЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ В СОДЕРЖАНИИ ОСНОВНЫХ УГОЛОВНО-ПРАВОВЫХ ПРИЗНАКОВ ТЯЖКОГО ВРЕДА, ПРИЧЕНЁННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА**

*к.м.н., доцент С.Н. Куликов*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования, «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара*

**Аннотация:** Рассмотрен анализ коллегиальных коллизий в элективах судебно-экспертной практики применения отдельных медицинских критериев, квалифицирующих тяжкий вред здоровью. Оптимизация восприятия судебно-медицинским экспертом их текстуальных определений остаётся актуальной. Проблема акцентирована с учетом последних Методических рекомендаций к «Методике проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц». Критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, следует читать буквально, с учетом окончаний, логических связей, объема и содержания используемых понятий. Не только с учетом физического носителя русского языка, но с доминантой специфики медико-экспертной задачи. Предложено развитие рассматриваемых медицинских критериев в форме их дополнительной анатомо-морфологической детализации.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, медико-экспертная задача, локальная травма опорно-двигательной системы, тяжкий вред здоровью, дефиниция медицинского критерия, соотношение лексического и медико-экспертного анализа.

## DEVELOPMENT OF DEFINITIONS OF MEDICAL CRITERIA IN THE CONTENT OF THE MAIN CRIMINAL LAW SIGNS OF SERIOUS HARM CAUSED HUMAN HEALTH

S.N. Kulikov

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education,  
Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
Samara

**Summary:** The analysis of collegial collisions in the electives of forensic practice of applying certain medical criteria qualifying serious harm to health is considered. Optimizing the perception of their textual definitions by a forensic expert remains relevant. The problem is emphasized taking into account the latest Methodological recommendations for the «Methodology for conducting a forensic medical examination of living persons». The criteria for determining the severity of harm caused to human health should be read literally, taking into account the endings, logical connectives, volume and content of the concepts used. Not only taking into account the physical condition of a native speaker of the Russian language, but also taking into account the dominant specifics of the medical expert task. The development of the considered medical criteria in the form of their additional anatomical and morphological details is proposed.

**Keywords:** forensic medical examination, medical expert task, local injury of the musculoskeletal system, serious harm to health, definition of the medical criterion, correlation of lexical and medical expert analysis.

Предмет публикации лежит в целесообразности дальнейшего развития дефиниций медицинских критериев под п. 6.11 194-го приказа Минздравсоцразвития России 2008 г., в ракурсе последних Методических рекомендаций к «Методике проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц», согласованных с Ассоциацией судебно-медицинских экспертов (30.10.2024 г.), принятых Ученым советом, и утвержденных Директором ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России (13.11.2024 г.). Далее – Рекомендации.

Так, из п. 1.4., «Общих положений» Рекомендаций, в частности следует: « ... При ответе на вопрос о степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, необходимо пользоваться ...: Правилами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522, и Медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, ..., утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.04.2008 № 194н ... , которые читаются буквально, с учетом окончаний, логических связей, объема и содержания

используемых понятий». Данная рекомендация бесспорна. Дефиниции медицинских критериев должны читаться буквально в своём фразеологическом отношении.

Для чего? Прежде всего, для ориентирования врача-специалиста по специальности «судебно-медицинская экспертиза» на те разделы медицинской науки, которые предназначены определять «коридор» мышления судебно-медицинского эксперта применительно к конкретному экспертному случаю. На такие разделы медицины, как-то: нормальная анатомия, нормальная физиология, травматология [1].

Плюс (+) азы уголовного права [2].

То есть, текстуальные построения дефиниций рассматриваемых медицинских критериев сформулированы не только для «контроля» специалистом в филологии и лексике или субъекта, являющегося среднестатистическим физическим носителем русского языка. Но всецело и прежде всего для врача-специалиста, нашего, судебно-медицинского профиля.

Именно такую задачу мы ставили, как в период подготовки Приложения приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.04.2008 № 194н, (далее – 194-й приказ), так и в последующем временном периоде по анализу фактов практики его применения и оптимизации восприятия текстуальных определений утверждённых медицинских критериев [3 – 9].

В частности, до сих пор не ослабевает «напряжение» мнений в отношении медицинских критериев оценки тяжести локальных травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни. По применению п.п. 6.11, 6.11.1 – 6.11.11, 194-го приказа. Когда не учитывают в надлежащей совокупности два компонента в судебно-экспертном процессе оценки степени тяжести данных повреждений: медицинский, с одной стороны, и уголовно-правовой, с другой [8].

Так, в данном контексте рассмотрели электив «сложности» восприятия текстуального построения медицинского критерия 194-го приказа по травмам коленного сустава. С консультативным заключением (декабрь 2024 г.), специалиста в области филологии русского языка по дефиниции п. 6.11.7, т.к. экспертные эпизоды практики его применения порой вызывают коллегиальные коллизии. Поставили два вопроса:

«1. Самодостаточна ли формулировка: « ... 6.11.7. открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника» в отношении её лингвистического построения, которое должно отражать понимание того, что данный медицинский критерий применим уже тогда, когда «имеем» перелом даже одной кости, составляющей коленный сустав ?

2. Если рассматриваемая формулировка не самодостаточна для понимания, как указано в предыдущем вопросе, то какое лингвистическое построение формулировки должно быть, чтобы смысл реализации данного медицинского критерия не был утрачен и читался бы буквально – «достаточно перелома одной кости ...»? ».

Из ответов специалиста в области филологии русского языка на поставленные вопросы следовало, что формулировка п. 6.11.7 не является самодостаточной. И далее: « ... Поскольку принципиальное значение имеют последствия тех или иных травм и разная оценка их тяжести, что является юридически значимым обстоятельством, то, на наш взгляд, данная формулировка нуждается в уточнении .... Лингвист не имеет специальных познаний в области медицины, ... не может единолично и экспертно настаивать на тех или иных собственных формулировках, но может предложить (исходя из имеющихся материалов запроса) возможные варианты для последующей оценки специалистами-медиками, например: 6.11.7. «открытый или закрытый перелом ОДНОЙ ИЗ костей, составляющих коленный сустав, за исключением надколенника» ....».

Корректировка дефиниции п. 6.11.7 нужна? Она в текущий период времени необходима? Мы думали об этом раньше, уже по факту утверждения медицинских критериев 194-м приказом? Мы предпринимали что-либо для оптимизации его восприятия в экспертной практике?

Думали и предпринимали. См. специальные источники в списке литературы к настоящей публикации. Последние касаются пошаговых разъяснений сути формулировок медицинских критериев по п. 6.11.7, в том числе снабженных подробным иллюстративным (рисуночным) материалом [3, 4, 7, 9]. Пренебрегать имеющимися наработками не следует.

К Проекту обновления 194-го приказа, (далее – Проект), мы в публикации 2023 года обозначили необходимые формулировки уточнений, в том числе и по п. 6.11.7. Что в дальнейшем, по утрате силы 194-го приказа, должны гарантировано способствовать профилактике подобных спорных разночтений [2].

Приводим данные предложения, по формулировке п. 6.11.7, и уточнений к нему, которые основаны на дополнительной анатомо-морфологической детализации.

Предложена формулировка основополагающего пункта (ныне п. 6.11): « ... Значительная стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (стойкая утрата общей трудоспособности более 30%).

Стойкая утрата общей трудоспособности определяется в процентах, кратных пяти, в соответствии с Таблицей процентов, приведенной в приложении № 1 к настоящему Порядку.

... К тяжкому вреду здоровья, следует относить необходимо тяжкие повреждения из категории Локальных Травм Опорно-Двигательной Системы (ЛТОДС), неопасные для жизни, без влияния Медицинской Помощи (МП) неизбежно влекущие неблагоприятный исход, обычно вызывающий значительную Стойкую Утрату Общей Трудоспособности (СУОТ) не менее чем на одну треть.».

Далее, предложение в Проекте, по «макету» формулировки п. 6.11.7 с обязательным уточнением его анатомо-морфологических деталей (нумерация данного п. в Проекте может быть любая):

« ... открытый или закрытый перелом костей, составляющих коленный сустав (бедренной и/или большеберцовой), за исключением надколенника».

Далее, предложение (с подпунктами) по анатомо-морфологической детализации конфигураций перелома (переломов) бедренной и/или большеберцовой костей [2]:

«... Тяжкий вред здоровью устанавливают по фактам следующих конфигураций переломов бедренной и (или) большеберцовой кости.

**Околосуставные переломы** (околосуставной перелом) дистального сегмента бедренной кости:

- н) косой метафизарный (может быть поперечный, косопоперечный);
- о) фрагментированный метафизарный (фрагментированный латерально или медиально);
- п) оскольчатый сложный.

**Внутрисуставные переломы** (внутрисуставной перелом) дистального сегмента бедренной кости, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскостях:

- р) внутрисуставной неполный перелом латерального мыщелка;
- с) внутрисуставной неполный перелом медиального мыщелка;
- т) внутрисуставной неполный в сочетании с околосуставным метафизарным.

**Внутрисуставные типичные** многооскольчатые переломы (перелом) дистального сегмента бедренной кости, перелом может сочетаться с метафизарным переломом:

- у) внутрисуставной полный Т - образный;
- ф) внутрисуставной полный Y - образный;
- х) внутрисуставной многооскольчатый.

**Околосуставные типичные** переломы (перелом) проксимальной

части большеберцовой кости (ниже мыщелков, распространяющихся через бугристость большеберцовой кости):

ц) околосуставной метафизарный перелом (косой или поперечный).

Может иметь место, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскостях;

ч) околосуставной метафизарный оскольчатый.

**Внутрисуставные типичные переломы** (перелом) проксимальной части большеберцовой кости (могут распространяться на межмыщелковое возвышение кости):

ш) внутрисуставной неполный перелом с латеральной поверхности;

щ) перелом может иметь место в области медиальной поверхности с распространением на межмыщелковое возвышение;

э) внутрисуставной оскольчатый перелом с латеральной или с медиальной поверхности. Может распространяться на межмыщелковое возвышение.

**Внутрисуставные типичные переломы** (перелом) проксимальной части большеберцовой кости, распространяющиеся сразу на оба мыщелка и на бугристость большеберцовой кости):

ю) полный внутрисуставной перелом. В структуру перелома входят оба мыщелка, может сочетаться с метафизарным (захватывающим бугристость большеберцовой кости);

я) полный внутрисуставной перелом в сочетании с оскольчатым метафизарным;

я<sup>1</sup>) полный внутрисуставной оскольчатый перелом по суставной поверхности с захватом, как обоих мыщелков, так и каждого в отдельности.

я<sup>2</sup>) Для реализации дефиниции п. 2.1.11.7.<sup>1</sup> медицинского критерия достаточно перелома (того или иного варианта перелома, указанного выше), только одной кости, составляющей коленный сустав...».

Дефиниции медицинских критериев составляем не только с учетом физического носителя русского языка, но с доминантой специфики медико-экспертной задачи.

## Литература

1. Клевно В.А., Куликов С.Н. Границы содержания и допустимость толкований практических текстовых дефиниций Медицинских критериев вреда здоровью // Судебно-медицинская экспертиза. 2012. Т. 55, № 5. С. 49–52.
2. Куликов С.Н. Два компонента судебно-экспертного процесса оценки степени тяжести локальных травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни: рецензия на статью «Спорные вопросы применения медицинского критерия «стойкая утрата общей трудоспособности» при определении тяжести вреда, причинённого здоровью человека» // Судебная медицина. 2023. Т. 9, № 2. С. 217–230.
3. Клевно В.А., Куликов С.Н., Копылов А.В. Медицинские критерии вреда здоровью. Дефиниции и иллюстрации: Атлас / под ред. проф. В.А. Клевно. М.: РИО ФГБУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2012. 367 с.
4. Куликов С.Н. Атлас судебной экспертизы тяжкого вреда здоровью. Самара: Изд-во НОАНО ВПО СИБиУ, 2012. – 315 с.: ил.
5. Куликов С.Н. Исходы локальных травм опорно-двигательной системы, неопасных для жизни // Судебная медицина. 2017. Т. 3, № 4. С. 12–15. doi: 10.19048/2411-8729-2017-3-4-12-15.
6. Куликов С.Н., Клевно В.А., Пузин С.Н. Прикладное значение терминов «исход» и «последствия» в экспертизе вреда здоровью // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. № 2. С. 24–32.
7. Куликов С.Н., Клевно В.А., Пузин С.Н. Вред, причинённый здоровью человека. Медицинские критерии. Постулаты классификации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21, № 3–4. С. 33–39.
8. Клевно В.А., Куликов С.Н., Григорьева Е.Н. Экспертиза вреда здоровью. Исходы и последствия: научно-практическое пособие / под ред. проф. В.А. Клевно, М.: Ассоциация СМЭ, 2019.
9. Клевно В.А., Куликов С.Н., Копылов А.В. Атлас медицинских критериев вреда здоровью / под ред. В.А. Клевно. 2-е изд. М.: Практическая медицина: Ассоциация судебно-медицинских экспертов, 2021. 236 с. ил.

## О ПРАВОВЫХ ПРИНЦИПАХ ОЦЕНКИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ СУДЕБНОГО ЭКСПЕРТА

д.м.н., профессор Г.П. Лаврентюк<sup>1,2</sup>, д.м.н., профессор В.Д. Исаков<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФБГОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

**Аннотация:** Исходя из требований законодательства, все экспертные исследования проводятся в порядке, предусмотренном процессуальными нормами, а все заключения судебного эксперта подлежат обязательной проверке и оценке по общим юридическим правилам с точки зрения их относимости, допустимости и достоверности согласно ст. 87, 88 УПК РФ. В работе приводятся правовые принципы оценки заключения судебного эксперта, его резюмирующей части и выводов. Обращено внимание, что для успешной деятельности судебно-медицинских экспертов является также необходимым соблюдение ими профессионально-этических норм и принципов, которыми эксперты должны руководствоваться в своей работе.

**Ключевые слова:** судебно-медицинское исследование, экспертиза, выводы эксперта, причинно-следственная связь, профессионально-этические нормы и принципы.

### ABOUT THE LEGAL PRINCIPLES OF ASSESSMENT CONCLUSIONS OF THE JUDICIAL EXPERT

G.P. Lavrentyuk<sup>1,2</sup>, V.D. Isakov<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Saint Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination, Saint Petersburg

<sup>2</sup>FBGOU VO North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg

**Summary:** Based on the requirements of the legislation, all expert studies are conducted in accordance with the procedure provided for by the procedural rules, and all conclusions of a judicial expert are subject to mandatory verification and evaluation according to general legal rules in terms of their relevance, admissibility and reliability in accordance with Articles 87, 88 of the Criminal Procedure Code of the Russian Federation. The paper provides the legal principles for evaluating the opinion of a judicial expert, its summary and conclusions. Attention is drawn to the fact that for the successful work of forensic medical experts, it is also necessary for them to comply with professional and ethical standards and principles that experts should follow in their work.

**Keywords:** forensic medical research, expertise, expert conclusions, causal relationship, professional and ethical standards and principles.

Правовые формы участия эксперта и специалиста в уголовном процессе четко регламентированы (ст. 58, 168, 271 УПК РФ – показания специалиста; ст. 205, 282 – показания эксперта; ст. 74, 80, 87, 88, 204 – заключение эксперта) и подлежат обязательной проверке и оценке по общим правилам с точки зрения их относимости, допустимости, достоверности (ст.

87, 88 УПК РФ), при сопоставлении их с другими доказательствами уголовного дела, а также в совокупности и достаточности – для разрешения (подтверждения или опровержения) проверяемых доказательств.

Несудебная экспертиза, в отличие от судебной, проводится не в процессуальной форме, имеет две разновидности: государственная (ведомственная) и частная. Ведомственная экспертиза проводится для нужд определенного ведомства не в процессуальной форме, порядок ее регламентирован актами ведомства: инструкциями, приказами, положениями, утверждёнными правительством России, министерством или ведомством.

Частная несудебная экспертиза проводится в каком-либо судебно-экспертном учреждении либо конкретным лицом, не работающим в экспертном учреждении, на договорной основе.

При оценке несудебной экспертизы (акта, заключения специалиста) следует понимать, что такие экспертизы не содержат процессуальных гарантий и могут быть необъективными, т.к. эксперт работает на коммерческой основе и не всегда может дать заключение, которое неуместно клиенту.

Анализируя заключение эксперта, всегда важной является информация о его специальном образовании и, особенно, практическом опыте работы по тематике исследуемого вопроса. Высокопрофессиональное решение поставленных задач является показателем уровня специальных знаний эксперта.

Особо следует обратить внимание на логику мышления и исполнения необходимых исследований, так как у каждого специалиста, а также эксперта широкого или узкого профиля, логика и характер особенностей работы всегда разные, а юридические правила, регламентирующие деятельность судебных экспертов, общие для всех специальностей. Поэтому, для объективного, полноценного анализа требуется знание и исполнение

существующих регламентов: как юридических, так и по соответствующей специальности.

Основанием для судебно-медицинской экспертной деятельности являются: Конституция РФ, Федеральный закон № 73 от 31 мая 2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (далее ФЭ-73), Уголовный кодекс РФ (далее УК РФ), Уголовно-процессуальный кодекс (далее УПК РФ), Гражданский кодекс РФ (далее ГК РФ), Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (далее КоАП), Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации (далее КАС РФ), Приказ МЗ РФ от 25.09.2023 г. № 491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы» и другие законодательные акты.

Работники судебно-следственных органов в своей работе прибегают к помощи соответствующих экспертов, обладающих высоким уровнем специальных познаний и профессиональных навыков по исследуемым в рамках дела вопросам.

Роль судебных экспертиз при рассмотрении узкоспециальных вопросов с целью получения новых доказательств в виде процессуальных документов – весьма важна, так как часто другая информация по делу может отсутствовать. Отсюда вытекает требование, что резюмирующая часть экспертного заключения должна излагаться только в доходчивой форме, общепонятным литературным языком, содержать убедительную аргументацию и быть подтверждена результатами проведенных и описанных в заключении исследований. Выводы должны быть однозначно понятными как другим специалистам, так и юристам, а приводимые обоснования должны полностью соответствовать исследовательской части заключения.

Судебные эксперты, обосновывая выявленные важные для дела признаки при исследовании вещественных доказательств, в своих выводах должны указывать связь приводимой аргументации с обстоятельствами дела в убедительной лаконичной, литературной, демонстративно-наглядной

форме (в связи с тем, что юристы, как правило, не имеют специального, соответствующего расследуемому случаю, образования).

В резюмирующей части заключения судебных экспертов, необходима увязка конкретных результатов исследовательской экспертной работы с общими задачами государственной судебной экспертной деятельности (указанными в ст. 2 ФЗ № 73) по установлению обстоятельств, подлежащих доказыванию в конкретном деле при разрешении поставленных следствием вопросов. О такой возможности эксперта указано в ст. 57 и ст. 204 УПК, ст. 86 ГПК, ст. 86 АПК.

Крайне важным для правомерности и надёжности экспертного судебно-медицинского заключения (особенно для привлеченных медицинских специалистов) является то, что каждая позиция излагаемых мнений и утверждений должна сопровождаться соответствующей этиопатогенетической аргументацией с приведением подтверждающих клинико-морфологических признаков.

Следовательно, заключение судебного эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Все Федеральные законы (ФЗ №73, ГК, УПК, АПК, КоАП и другие) в статьях, регламентирующих деятельность судебного эксперта относительно его обязанностей, указывают на необходимость дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед экспертом вопросам. При этом сама задача государственной судебно-экспертной деятельности – это установление обстоятельств в конкретном деле посредством разрешения поставленных следствием вопросов с указанием вида причинно-следственной связи (прямая – причинная, однозначная, неслучайная, генетическая, жестко обусловленная; непрямая – косвенная, несущественная, опосредованная, случайная).

Решая вышеуказанную главную экспертно-следственную задачу, эксперту необходимо в своем заключении пояснить, каким образом происходило или могло происходить взаимодействие (при возникновении повреждений или других следов) исследуемого объекта с предметами окружающей обстановки и при каких обстоятельствах правонарушения это было или могло быть.

Судебные эксперты работают в основном с вещественными доказательствами. Так как, согласно УПК, вещественными доказательствами являются *«предметы, которые сохранили, могли сохранить следы преступлений и могут служить средствами к обнаружению фактических обстоятельств дела»* (т.е. это следы преступных действий на предмете, который подлежит экспертному исследованию). Судебно-медицинские эксперты имеют дело с вещественными доказательствами биологической природы, особого типа.

Полновластным распорядителем поступившего на экспертизу вещественного доказательства является уполномоченное лицо следственного органа, то есть это следователь по конкретному делу.

Исследуемые экспертами вещественные доказательства имеют свой правовой статус – положение, как объектов, так и субъектов, регламентированы ст. 195, 196 УПК РФ «Порядок назначения судебной экспертизы» и «Обязательное назначение судебной экспертизы». В главе 24 УПК РФ указан порядок работы судебного эксперта «...Осмотр. Освидетельствование. Следственный Эксперимент; ст. 176 – Основания производства осмотра; ст. 177 – Порядок производства осмотра; ст. 178 – Осмотр трупа, эксгумация; ст. 179 – Освидетельствование; ст. 180 – Протоколы осмотра и освидетельствования; ст. 181 – Следственный эксперимент».

Учитывая, что работники дознания и следствия, а также суда – это юристы, то они, согласно ст. 17 УПК РФ – Свобода оценки доказательств, *«...оценивают доказательства, по своему внутреннему убеждению,*

*основываясь на совокупности имеющихся в уголовном деле доказательств, руководствуясь при этом законом и совестью...».*

Особенностью юристов и судебных экспертов в их работе является правосознание, представляющее собой совокупность взглядов идей, теорий, оценок, настроений и чувств, в которых, выражается отношение индивида к правовым явлениям – законам, к своему поведению, правам и обязанностям, к существующей законодательной системе, в рамках правовой идеологии и психологии.

Судебным экспертам следует помнить, что:

а) в ряде случаев судебных экспертиз им становятся известными данные, которые относятся к категории личных тайн, одной из которых является врачебная тайна, включающая: информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также сведения о наличии у гражданина психических расстройств..., другую информацию, содержащуюся в медицинских документах;

б) эксперту надлежит придерживаться правила о необходимой достаточности объема предоставляемого на экспертизу материала – информации для дачи обоснованного экспертного заключения и для проведения необходимых исследований, с целью ответов на поставленные следствием вопросы;

в) целесообразно помнить, что только юристы (следствие), ведущие производство по делу, то есть органы дознания, следствия, прокурорского надзора и суда, рассматривающие конкретное дело, могут решать вопросы об обоснованности экспертных выводов, их полноте, достоверности, правомерности, действий эксперта и, по результатам оценки экспертного заключения, принимать юридические решения.

Следствием, решая вопросы: о качестве лечения, о существующих медицинских рисках, о ненадлежащем исполнении своих обязанностей, о неосторожности, о правильных или неправильных профессиональных

действиях, назначаются комиссионные (комплексные) судебно-медицинские экспертизы с привлечением узкопрофильных специалистов – практиков по исследуемой тематике, которые имеют большой опыт, навыки работы и высокую квалификацию. Это помогает полноценно раскрыть объективную сторону расследуемой профессиональной деятельности и выявить возможные или совершенные ошибки по исследуемому делу, а, затем, обоснованно дать юридическую оценку наличия/отсутствия правонарушений.

Подробно критерии детализированы в ст. 84 КАС РФ «Оценка доказательств»:

1. Суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и непосредственном исследовании имеющихся в административном деле доказательств.

2. Никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы.

3. Суд оценивает относимость, допустимость, достоверность каждого доказательства в отдельности, а также достаточность и взаимосвязь доказательств в их совокупности (это положение является ключевым для деятельности судебных экспертов).

4. Доказательство признается судом достоверным, если в результате его проверки и исследования суд придёт к выводу, что содержащиеся в нем сведения соответствуют действительности.

При юридической оценке доказательств, в том числе заключений эксперта, главными критериями являются:

**Относимость.** Вещественное доказательство должно иметь отношение к исследуемым событиям и фактам. Согласно ст. 59 ГПК РФ «Относимость доказательств» – суд принимает только те доказательства, которые имеют значение для рассмотрения и разрешения дела. Это значит, что рассматривать доказательства следует только по конкретному делу и только

те, которые, по мнению суда, имеют смысл и важность для рассмотрения материалов конкретного дела.

**Допустимость.** В соответствии со ст. 60 ГПК РФ «Допустимость доказательств» – это обстоятельства дела, которые в соответствии с законом должны быть подтверждены определенными средствами доказывания и не могут подтверждаться никакими другими доказательствами. Доказательство должно быть получено в соответствии с требованиями, положениями и кодексами по различным отраслям права. Допустимость оценки доказательств должна быть основана на фактах, установленных в законном порядке и иметь логическую связь с предметом доказывания.

**Достоверность.** Оценивается с точки зрения возможности установить происхождение, принадлежность какому-либо лицу, применимость доказательства или его пригодность для определённых целей. О достоверности доказательства можно вести речь лишь в контексте оценки качества этого доказательства, основываясь на специфике пригодности характерных его свойств, для механизма образования соответствующих повреждений (следов), при сопоставлении и сравнении с другими доказательствами. Если эксперт не решит вопрос (не исследует специфику) обстоятельств механизма образования следов, тогда, при необходимости, позже за него это могут сделать другие заинтересованные в этом стороны по делу.

**Достаточность (полнота).** Все собранные доказательства в совокупности должны быть достаточными для успешного расследования уголовного дела – это полная степень исследования (объекта, материала), включающего все необходимые для данного случая элементы, требующие изучения, анализа и сопоставления с целью подтверждения однозначности принимаемого решения на основании исследований по федеральным, ведомственным, общеучрежденческим порядкам, нормам, с целью получения истинных сведений и доказательств по делу. В медицине «достаточная полнота» – это обязательное обоснование клинико-морфологическими

признаками этапов этиопатогенетической цепи протекания болезни/травмы с указанием наличия или отсутствия связи друг с другом каждого этапа (начиная с первопричины), закономерности течения патологического процесса с его исходом.

Чем более убедительно доказательство подтверждает или опровергает исследуемый по делу факт, тем лучше или более ценно является его качество.

Кроме того, при оценке вещественных доказательств важно учитывать цель совершенного изъятия в ходе производства следственного действия. Некоторые следственные действия имеют прямую цель изъятия определённого объекта, в то время как другие лишь предполагают возможность совершения данного изъятия.

Федеральный закон ст. 8 ФЗ № 73ФЗ указывает, что: «...Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме...». Это определяет главные критерии работы судебного эксперта.

Объективность, кроме вышеуказанного, включает отсутствие всякой предвзятости со стороны всех участников процесса, то есть беспристрастное непредубеждённое отношение к исследованиям и выводам с обязательной проверкой и перепроверкой результатов исследований разными методами и способами, с указанием экспертом наличия прямой или не прямой этиопатогенетической причинно-следственной связи исследуемой «первопричины» с закономерным или незаконным исходом патологического процесса.

В некоторых заключениях вместо аргументации сделанных выводов приводятся ссылки на «некоторые исследования», приведенные где-то в материалах дела, а также на приказы и нормативы (наличие их в законодательстве), не указывая их существа, не приводя клинко-морфологической конкретики и сопоставления экспертных данных. Иногда сведения, имеющие отношение к оцениваемым повреждениям, вместо

описания их сути, указывают только лишь на их наличие в исследуемых документах и материалах дела, что совершенно недопустимо для аргументации выводов эксперта. Такой стиль написания выводов в заключении эксперта является нарушением требований закона к принципам изложения и обоснования выводов и установленных фактов, так как выхолащивает аргументы доказательной базы, приводит к отсутствию в выводах убедительных обоснований фактических результатов конкретных исследований и не является адекватной аргументацией.

По существу, такое изложение доказательств является лишь ссылкой на их существование где-то и вариантом их подмены, что не характеризует высокий профессиональный уровень эксперта, демонстрируя его безответственность к работе и порочность выполненной экспертизы и выданного заключения.

Подобные заключения воспринимаются не как доказательства, а как личное субъективное суждение (мнение) эксперта, которое, не имея объективных обоснований, вызывает сомнения в правильности приводимых выводов и, соответственно, вызывает необходимость назначения дополнительной либо повторной экспертизы, допроса эксперта или вызова его в суд.

Сомнения в правильности выполненной экспертной оценки вызывает также и наличие в выводах ничего не значащих терминов, например, «характер или особенности повреждений», если отсутствует расшифровка их клинко-морфологических признаков, которые обуславливают установленную сущность и специфику признака, то есть являются сутью (внутренним содержанием) обоснования экспертного вывода (конкретная аргументация отсутствует).

В заключение следует обратить внимание, что для успешной работы судебно-медицинских экспертов (как и экспертов других специальностей) является необходимым соблюдение ими профессионально-этических норм и принципов, которыми эксперты должны руководствоваться в своей

деятельности. К таким нормам относятся: взаимоуважительный подход к общению; внимательность, терпение и корректность; умение создать рабочую атмосферу доверия; точность и ответственность по отношению к выполняемой работе; постоянное повышение уровня своей профессиональной компетентности; соблюдение нравственных принципов.

## **К ВОПРОСУ О СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКЕ РАЗРЫВА АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (случай из практики)**

*А.Б. Лебедь, к.м.н. Г.А. Мельникова*

*ГУЗ «Липецкое областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Липецк*

**Аннотация:** зачастую артериовенозные мальформации являются не диагностированной патологией, которая неожиданно проявляется в молодом трудоспособном возрасте и часто связана с минимальной травмой. Обстоятельства произошедшего, показания свидетелей, резонанс случившегося – прямо указывают на факт получения травмы, что может увести следственные органы по неверному пути, при этом обвиняя человека в причинении смерти. В своей статье авторы хотят отразить важность полного и всестороннего исследования трупа и сопоставления имеющихся данных, для подтверждения выводов о наличии патологии и ее связи с наступлением смерти.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, артериовенозная мальформация, тупая травма, судебно-медицинская травматология.

## **ON THE ISSUE OF FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF RUPTURE OF ARTERIOVENOUS MALFORMATION OF THE BRAIN (case study)**

*A.B. Lebed, G.A. Melnikova*

*Bureau of Forensic Medical Examination, Lipetsk*

**Summary:** Frequently arteriovenous malformations are an undiagnosed pathology that unexpectedly manifests at a young working age and is often associated with minimal trauma. The circumstances of the incident, the testimony, and the resonance of the incident directly indicate the fact of injury, which can mislead the investigating authorities, while accusing the person of causing death. In the article, authors want to reflect the importance of a complete and comprehensive examination of the corpse and a comparison of available data to confirm the conclusions about the presence of pathology and its connection with the onset of death.

**Keywords:** forensic medical examination, arteriovenous malformation, blunt trauma, forensic traumatology.

Артериовенозные мальформации – врожденная сосудистая патология головного мозга, которая может проявляться интракраниальным

кровоизлиянием, эпилепсией и рядом других неврологических симптомов [1]. Артериовенозные мальформации встречаются в 10 раз реже, чем аневризмы, частота их составляет 1,3 случая на 100 000 населения в год, при этом кровоизлияния из них отмечаются с частотой 0,4 на 100 000 населения в год [2]. Артериовенозные мальформации чаще всего локализуются в бассейне средней мозговой артерии на стыке лобной, теменной и височной долей. В процессе развития в сосудистую сеть мальформации вовлекается все большее количество сосудов. Различают два клинических варианта течения артериовенозных мальформаций: 1) эпилептические припадки как результат гипоксии и раздражения мозга самой аневризмой (мальформацией); 2) разрыв аневризмы (мальформации), проявляющийся паренхиматозно-субарахноидальным кровоизлиянием [3].

Для базальных субарахноидальных кровоизлияний из патологически измененных сосудов головного мозга характерно наличие триады признаков (патология сосудов мозга, алкогольное опьянение, травма), выраженность которых широко варьирует. Телесные повреждения незначительны, имеют разнообразную топографию, нередко проявляются одиночными кровоподтеками, ссадинами, небольшими ушибленными ранами, но могут быть множественными, либо отсутствовать, хотя нанесение удара (ударов) доказывается материалами следствия. Базальные субарахноидальные кровоизлияния, как правило, массивные, располагаются преимущественно на базальных подпаутинных цистернах, часто распространяются по бороздам на пограничные участки полушарий, почти всегда сочетаются со скоплением жидкой крови и ее свертков в желудочках мозга. Клиническая картина перед возникновением базального субарахноидального кровоизлияния может никак не проявляться, человек ведет себя активно. После момента разрыва патологического сосуда и возникновения кровотечения, пострадавшие обычно бледнеют, «оседают» или падают, активные действия у них отсутствуют, происходит полная утрата сознания, цианоз кожи лица, через

короткое время наступает смерть (при массивных и выраженных базальных субарахноидальных кровоизлияниях) [4].

В нашей практике встретился случай смерти в результате разрыва патологически измененного сосуда в бассейне базальной вены слева с массивным базальным субарахноидальным кровоизлиянием и внутрижелудочковым кровоизлиянием при наличии наружных телесных повреждений (кровоподтека в области левого глаза) и алкоголемии 2,2‰.

При секционном исследовании трупа было обнаружено массивное темно-красное, сочное, блестящее кровоизлияние в области базальной поверхности обоих полушарий, с переходом на конвекситальные поверхности лобных, височных, затылочных, частично теменных долей, область междолевой борозды, область обеих долей мозжечка по верхней и базальной их поверхности, область червя и ножки мозга. Интенсивность окраски кровоизлияния уменьшалась от базальной поверхности к конвекситальной, с максимальной толщиной в области основания 0,3–0,5 см, а в теменных областях – 0,1–0,2 см. Сосуды основания мозга имели извитой, ветвящийся, полупрозрачный вид; вены – в виде сосудистых клубков, представляющих собой участки неравномерно расширенных и извитых сосудов с истонченными стенками и отходящими от них множественными хаотически ветвящимися венами более мелкого калибра. Во время вскрытия так же было выявлен разрыв патологически измененной, расширенной до 0,3–0,4 см, вены с истонченной, пропитанной темно-красным блестящим кровоизлиянием стенки в бассейне базальной вены слева в области перехода ее в межжировую вену. Разрыв имел длину 0,3 см, неровные волнистые кровоподтечные края и остроугольные концы.

При судебно-гистологическом исследовании в сосудах основания мозга были выявлены группы гематомоподобных, отграниченных друг от друга кровоизлияний с «замурованными» в них местами мелкими фрагментами из соединительной ткани, местами же – «тяжами» с сосудистыми образованиями в виде «бусинок», с неразличимыми просветами,

пещеристыми образованиями, наличием тончайших лентообразных структур с образованием полостей и пристеночными тромбами в них. Выявленные патологические изменения были расценены как порок развития сосудов мозга – венозная рацемозная мальформация.

Литературные данные свидетельствуют о том, что для причинения повреждения в виде субарахноидального кровоизлияния, при отсутствии у пострадавшего соматической патологии, необходима сила удара, равная 2368 Н (241,6 кГ). Для причинения переломов костей лицевого скелета: для перелома костей носа – 98–304 Н (10–30 кГ), перелома стенки верхнечелюстной пазухи – 637–764 Н (65–78 кГ), перелома скуловой кости (не дуги) – 1568–2548 Н (160–260 кГ), перелома скуловой дуги – 813–1862 Н (83–190 кГ); для лобной кости – около 4000 Н (408 кГ). Для причинения кровоподтека необходим удар твердым тупым предметом с энергией 130–160 Дж (13,3–6,3 кГ) [5]. Из вышеизложенного следует, что для причинения переломов костей лицевого скелета требуется меньшая сила, нежели для возникновения субарахноидального кровоизлияния.

Исходя из вышеизложенного, был сделан вывод, что действующая сила была ниже необходимой для причинения переломов костей черепа, но достаточной для разрыва венозной мальформации сосуда головного мозга, стенки которой изначально истончены и рвутся при незначительной травме области головы.

Таким образом, у потерпевшего было объективно доказано наличие врожденного порока развития сосудов головного мозга (венозной рацемозной мальформации), документально подтвержденного факта причинения ему телесного повреждения в области головы (кровоподтека нижнего века левого глаза) и наличие алкогольного опьянения (в крови этиловый спирт обнаружен в концентрации 2,2‰, в моче – 3,1‰), что позволило установить причину развившегося базального субарахноидального кровоизлияния (сосудистая патология головного мозга) и условия её возникновения.

Таким образом, описанный случай свидетельствует о том, что базальное субарахноидальное кровоизлияние является следствием определенных факторов, действовавших при определенных условиях. Среди этих факторов наиболее существенное значение имеют врожденная или приобретенная патология сосудов головного мозга, наличие телесных повреждений и алкогольное опьянение [6]. Учитывая вышеизложенное, при судебно-медицинской экспертизе трупа, как при наличии минимально выраженных телесных повреждений, так и при более тяжелой травме с наличием переломов костей черепа, необходимо учитывать комбинацию этих условий, что позволит объективизировать экспертные выводы.

### **Литература**

1. Наматян Т.Б., Наматян А.Б., Яковленко Ю.Г., Тодоров С.С. Артерио-венозная мальформация в области мосто-мозжечкового угла: трудности дифференциальной диагностики / Соматоневрология: Материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Ростов-на-Дону, 25 февраля 2020 года / Под редакцией В.А. Балязина, В.В. Ефремова, М.Н. Дмитриева. – Ростов-на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет, 2020. – С. 129–134.
2. Stapf C., Mast H., Sciacca R.R. et al. New York Islands AVM Study Collaborators. The New York Islands AVM Study: design, study progress, and initial results. *Stroke* 2003; 34: 29–33.
3. Можаяев С.В., Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Нейрохирургия: учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 480 с.: ил.
4. Науменко В.Г., Панов И.Е. Базальные субарахноидальные кровоизлияния: судебно-медицинское исследование. — М.: Медицина, 1990.
5. Оценка параметров механического воздействия в судебно-медицинской практике: учебно-справочное пособие / Под ред. А.А. Тенькова, В.В. Телюка. – Курск: КГМУ, 2002. – 40 с.
6. Хижнякова К.И. Динамика патоморфологии черепно-мозговой травмы. М.: Медицина, 1983, с илл., 192 с.

# ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА В СЛУЧАЯХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

к.м.н. П.В. Минаева<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, Москва

<sup>2</sup> ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

**Аннотация:** Статья посвящена проблемным вопросам, с которыми сталкивается эксперт при выполнении судебно-медицинской экспертизы по материалам дела в случаях инфекционных заболеваний. Обобщен накопленный опыт проведения экспертиз такого рода, проанализированы причины назначения повторных экспертиз, случаи невозможности решения ряда поставленных вопросов. Описаны отдельные направления экспертных исследований и их специфика. Учет особенностей течения конкретного инфекционного заболевания и правил установления диагноза, подробный анализ всех обстоятельств дела, корректная интерпретация результатов лабораторной диагностики, комиссионный характер исследований – позволят выполнять такие особо сложные экспертизы на высоком доказательном уровне.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, инфекционные заболевания, судебно-медицинская экспертиза по материалам дела, комиссионная экспертиза.

## PROBLEM ISSUES OF FORENSIC MEDICAL EXPERTISES OF CASE MATERIALS IN EVENT OF INFECTIOUS DISEASES

P.V. Minaeva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow

<sup>2</sup> Russian Medical Academy of Continuing Professional Education Russian Ministry of Health, Moscow

**Summary:** The article is devoted to the problem issues that an expert encounters making a forensic medical expertise of case materials in event of infectious diseases. The accumulated experience of making expertises of this kind is summarized; the reasons for the appointment of repeated expertises and cases of the impossibility of resolving some of the issues raised are analyzed. Individual directions of expert research and their specifics are described. Taking into account the characteristics of the course of a specific infectious disease and the rules for making a diagnosis, a detailed analysis of all the circumstances of the case, correct interpretation of the results of laboratory diagnostics, and the commission mode of the research will allow such particularly complex expertises to be carried out at a high evidentiary level.

**Keywords:** forensic medical examination, infectious diseases, forensic medical expertise of case materials, commission expertise.

Безусловно, инфекционные заболевания являются одним из сложных направлений медицины, характеризуются как многообразием, так и схожестью симптоматики при патологиях, обусловленных различными микроорганизмами, а также наличием патоморфологических и лабораторных

особенностей диагностики. Актуальность изучения инфекционной патологии в судебно-медицинской экспертной практике очевидна [1].

Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела – это особо сложный подвид экспертиз, она зачастую сопряжена с необходимостью исследования большого объема медицинской документации, требует решения междисциплинарных вопросов [2, 3]. Важной составляющей данного подвида экспертизы является понимание и оценка экспертом достаточности предоставленных объектов экспертизы, а также перечня документов, требующихся дополнительно для ответа на поставленные судом и следствием вопросы, а также принципов объективного установления конкретного диагноза инфекционного заболевания.

Все это обуславливает необходимость постоянного повышения уровня знаний экспертов по актуальным направлениям инфекционной патологии, несмотря на участие в составе комиссий экспертов компетентных врачей профильных направлений.

Действительно, оценка клинических симптомов инфекционного заболевания зачастую осложняется «стертостью» или атипичностью его клинических и морфологических проявлений, а при условии малой информативности как предоставленной медицинской документации (*например, «на теле элементы сыпи» без указания точной локализации и описания элементов*), так и описания исследования тела умершего (в том числе без фотофиксации изменений), может принимать вероятностный характер. Отсутствие необходимых лабораторных исследований, либо некорректное взятие биологического материала вовсе приводят к невозможности категоричного решения ряда поставленных вопросов с потерей такой возможности и на перспективу. Последнее, тем не менее, в ряде случаев не является препятствием для некоторых экспертов в установлении диагноза, не имеющего под собой должного обоснования, либо основанного на ошибочной интерпретации полученных результатов исследования (при единоличном решении вопросов без привлечения

компетентных клинических специалистов), что может повести расследование по ложному пути. Устранение данных проблемных аспектов, включая наличие аргументированного обоснования диагноза, подробное описание клинических и морфологических изменений, могут позволить решить вопрос о правильном диагнозе и причине смерти уже на этапе первичного исследования.

В ряде случаев эксперты формулируют выводы в краткой форме, без дополнительного обоснования ответов на поставленные вопросы (*например, указан диагноз, но не приводятся критерии его выставления; при оценке правильности оказанной медицинской помощи указано только «каких-либо недостатков не установлено» или «каких-либо упущений в действиях медицинского персонала не имелось», или «медицинская помощь не явилась причиной ухудшения состояния здоровья»*).

Все вышеизложенное является поводом для назначения дополнительных или повторных экспертиз, приводит к затягиванию расследования дела. Так при проведении судебно-медицинской экспертизы по материалам дела решаются вопросы, ответ на которые мог быть дан уже на этапе первичной экспертизы.

Особым направлением является проведение экспертизы по случаям инфекционных заболеваний у детей. В медицинской документации фиксируется динамика течения заболевания у ребенка со слов родителей, однако, в практической экспертной деятельности встречаются случаи, когда подобная информация меняется от госпитализации к госпитализации (например, разные даты дебюта заболевания либо различные данные о проведении или непроведении медикаментозной терапии на догоспитальном этапе) либо вовсе отрицается родителями в дальнейшем, при даче пояснений или показаний по делу. Данные обстоятельства вкупе с особенностями течения инфекционных заболеваний у детей (включая молниеносность, атипичность, особенности иммунного ответа) требуют особой

скрупулезности в систематизации фактов и глубины исследования всех объектов экспертизы.

Одним из направлений экспертных исследований по материалам дела является установление наличия или отсутствия заболевания у лица, в отношении которого проводится экспертиза. Отдельно стоят случаи, когда данным лицом в принципе отрицается та или иная инфекционная патология, что требует подробного анализа соблюдения правильного алгоритма установления диагноза и объективной аргументации выводов.

Современным проблемным вопросом остается поиск нормативных правовых актов (в том числе правил и клинических рекомендаций), действовавших на момент оказания медицинской помощи. Нельзя забывать, что нормативные документы, как известно, отличаются динамикой (например, временные рекомендации по новой коронавирусной инфекции COVID-19). При этом необходимо учитывать, что у документов помимо дат разработки и издания (вступления в силу), имеется срок их действия. В ряде случаев эксперты либо не указывают ссылку на необходимые документы, либо не принимают во внимание период действия документа, либо уходят от конкретизации (*например «тактика наблюдения и лечения соответствовали стандартам оказания медицинской помощи»*).

Необходимо подчеркнуть, что при экспертной оценке правильности оказания медицинской помощи в случае инфекционной патологии следует учитывать особенности течения конкретного заболевания (в том числе «стертость» картины, ее атипичность или молниеносность, наличие «серонегативного окна» и прочее), объем данных, имевшихся у врачей при оказании медицинской помощи (*например, не всегда пациенты информируют о наличии у них инфекционной патологии*), важность корректной интерпретации результатов лабораторной диагностики (включая свойства возбудителя, в особенности, при решении вопроса о внутрибольничном характере инфекционной патологии; оценку этиологической роли возбудителей при сочетанной форме инфекции),

принципы установления диагноза инфекционного заболевания и необходимость аргументации формулируемых ответов на поставленные вопросы. Качество проводимой экспертизы по материалам дела зависит от степени «погружения» эксперта в данный конкретный случай (не ограничиваясь только ролью ее организатора) и соблюдения всестороннего комиссионного характера экспертных исследований.

Данный подход позволяет выполнять особо сложные экспертизы на высоком доказательном уровне, способствует объективизации расследования и проведения его в разумные сроки.

### **Литература**

1. Минаева П.В. Судебно-медицинская экспертная оценка случаев инфекционной патологии в субъектах России: современное состояние вопроса // Судебно-медицинская наука и экспертная практика: задачи, пути совершенствования на современном этапе: труды IX Всероссийского съезда судебных медиков с международным участием / под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. В 2-х томах. Том 1. – Череповец: ИП Мочалов С.В., 2023. – С. 203-207.

2. Минаева П.В. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела в случаях инфекционных заболеваний // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика: материалы научно-практической конференции. Вып. 10. – Томск: STT, 2024. – С. 50-54.

3. Шмаров Л.А., Козлова Т.П. Назначение и выполнение судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел» – основные сложности // Профессиональные правонарушения медицинских работников: междисциплинарный подход: труды Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под общ. ред. д.м.н., проф. И.Ю. Макарова. – М.: ООО «Принт», 2022. – С. 377-384.

## МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

*Н.В. Нарина, В.Б. Страгис*

*ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России,  
Москва*

**Аннотация:** В статье описан случай выполнения медико-криминалистической экспертизы отождествления личности при отсутствии традиционного объекта исследования подобного рода экспертиз – черепа, только по материалам дела. Оригиналы фотоснимков использованы как самостоятельные экспертные объекты, результаты предыдущих исследований уточнены с применением современных методик.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, медико-криминалистическая экспертиза, отождествление личности, материалы дела.

### FORENSIC MEDICAL EXAMINATION BASED ON CASE MATERIALS

*N.V. Narina, V.B. Stragis*

*Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow*

**Summary:** The article describes a case of performing a forensic medical examination of identification of a person in the absence of a traditional object of study of such examinations – a skull, only on the basis of case materials. Original photographs are used as independent expert objects, the results of previous studies are clarified using modern methods.

**Keywords:** forensic examination, medical and criminalistic examination, identification of person, case materials.

Проведение медико-криминалистической экспертизы требует всестороннего подхода к исследованию не только предоставленных объектов, но и иных материалов дела, включая результаты ранее проведенных экспертиз. Объектами экспертного исследования при отождествлении личности являются, в том числе, и «отображения признаков личности неопознанных трупов ... в виде их ... фотографических... моделей, полученных ... в процессе проведения судебно-медицинской экспертизы» [1]. Нами была выполнена медико-криминалистическая экспертиза идентификации личности, объектами исследования которой явились только материалы ранее проведенных экспертиз. В отсутствии биологических объектов (черепа для диагностики групповых и индивидуализирующих признаков и проведения сравнительного с фотоизображением исследования) мы заведомо не могли дать категоричный вывод.

Из обстоятельств дела известно, что 03.08.1997 г. ушла из дома и пропала малолетняя О., 9 полных лет. Был задержан «гр-н Х., подозреваемый в совершении убийства, который давал признательные показания о совершенном им убийстве малолетней О. и месте сокрытия трупа... На указанном месте в ходе раскопок в 2001 году костных останков человека обнаружено не было ...»!

Из показания свидетеля гр-на Д. «весной 1999 года он привез плодородную землю с участка местности», который в 2001 году подозреваемый гр-н Х. указал, как место сокрытия останков малолетней О. В 2002 году на территории двора гр-на Д. обнаружены останки человека в виде лицевого отдела черепа и не отождествляемых костных останков. В региональном бюро СМЭ в 2002 году выполнена экспертиза, установившая, что «обнаруженный фрагмент черепа ранее принадлежал ребенку женского пола в возрасте 8–14 лет». ... Архив биологических (костных) препаратов с 2000 по 2003 гг. был передан для захоронения по причине истечения срока архивации, костные останки кремированы... В 2021 г. в том же бюро выполнена медико-криминалистическая экспертиза по материалам дела (Акты судебно-медицинского исследования), пришедшая к выводам, что «фрагмент черепа принадлежит скелету ребенка, наиболее вероятно женского пола, ориентировочный возраст которого не превышал 9–14,5 лет. Смерть потерпевшего ... наступила не менее чем за 8 – 12 месяцев, до момента его обнаружения».

**Материал исследования.** На исследование представлены результаты двух судебно-медицинских экспертиз 2002 и 2021 гг., оригиналы фототаблиц 2002 г. и датированная фотография пропавшей девочки.

**Основной вопрос,** интересующий следствие – мог ли фрагмент черепа, найденный в 2002 году, исследованный в Бюро СМЭ и запечатленный на фотографиях из фототаблиц, принадлежать девочке, изображенной на фото?

Невозможность исследования черепа неизвестного ребенка, фрагментация черепа и необнаружение других костей скелета, особенности

диагностических возможностей при исследовании скелетированных останков детей, отсутствие краниометрического и рентгенографического исследования при проведении первичной судебно-медицинской экспертизы существенно осложняло идентификационное исследование и исключало категоричный вывод.

**Результаты исследования.** Кроме изучения судебно-медицинских документов и фотоснимка пропавшей девочки, 5 изображений черепа из фототаблиц (черно-белые, выполненные на фотобумаге, без ретуши) являлись самостоятельными объектами исследования. Для ответа на поставленный вопрос мы воспользовались оценкой эксперта, выполнившего исследование в 2002 году, полодиагностических признаков и возрастных особенностей фрагмента черепа, изучили представленные фотографии, использовали полученные данные для диагностики пола и возраста по методикам, внедренным в экспертную практику в последние десятилетия.

Для **диагностики возраста** использованы сведения о наличии молочных и постоянных зубов верхней челюсти. В Акте судебно-медицинского исследования и на фото зафиксировано наличие молочных и постоянных (в разной степени формирования) зубов. Процесс прорезывания постоянных зубов не завершен.

Анализ изображений позволил оценить стадию смены молочных зубов на зубы постоянного прикуса и прогнозировать соответствующий этому процессу возраст в соответствии с диагностическими таблицами и схемами [2, 3, 4], что позволило сузить возрастной интервал и сделать вывод, что соотношение молочных и постоянных зубов и степень сформированности коронок может соответствовать возрастному интервалу: 9 лет и старше – до 11 лет.

Таким образом, состояние зубочелюстной системы верхней челюсти, оцененное по ранее выполненному описанию и по фотоснимкам, соответствует возрасту ребенка второго периода детства [5]: 8 – 12 (11 для

девочек) лет, прогнозируемый биологический возраст мог составлять 9 – 11 лет.

Краниометрические характеристики в представленных материалах дела отсутствовали, поэтому **диагностика пола** выполнена в соответствии с описанием черепа в тексте предыдущих экспертных исследований и по фотоизображениям. В 2002 году не было критериев для диагностики пола по краниоскопическим признакам рельефа детских черепов, сейчас они есть. Нами была использована авторская (В.Н. Звягина) модификация методики краниоскопической диагностики пола [6, 7] по вторичным половым признакам рельефа и особенностям строения черепа для неполовозрелых лиц. Решающее правило в таком варианте методики: половая принадлежность определяется соотношением числа мужских признаков ( $m$ ) и возраста ребенка в годах ( $BP$ ) в соответствии с формулами:

- пол мужской – число  $m$ -признаков  $\geq BP \pm \sqrt{BP}$ ;

- пол женский – число  $m$ -признаков  $< BP \pm \sqrt{BP}$

Диагностированный возраст ребенка находится в интервале 9–11 лет, разграничительное количество мужских признаков, фиксируемых на черепе, составляет 12–14.

Поскольку на первичное судебно-медицинское исследование представлен фрагментированный череп без нижней челюсти, ожидаемое общее число оцениваемых признаков (относящихся к лобной кости и лицевому отделу) – не более 15 (вместо 40, подлежащим оценке на целом черепе). Даже при минимальном прогнозируемом возрасте ребенка (9 лет) для диагностики мужского пола количество мужских признаков должно быть не менее 12 из 40 оцениваемых (или 4,5 из 15). Отсутствие выраженных по мужскому типу признаков рельефа фрагмента черепа при наличии 9 женских признаков (6 признаков не могут быть зафиксированы без непосредственного изучения черепа) свидетельствует о принадлежности черепа скелету девочки.

По фотоснимку черепа неопознанной девочки, применительно к задаче идентификации личности, с учетом описания эксперта, спрогнозированы

**признаки внешности.** По фотоснимку малолетней О. в возрасте 9 лет, также установлены признаки внешности:

**Сравнительное исследование** проведено в отношении представленных на исследование изображений черепа (диагностированный возраст 9–11 лет) и лица пропавшей без вести О. в возрасте 9 лет с использованием метода традиционного словесного портрета [8, 9], скольжения (наложения) [10] и компьютерных технологий анализа графических изображений (VERBAL) [11, 12]. При сравнительном исследовании учтены вероятные изменения признаков внешности в результате наличия факторов, влияющих на отображение лица на фотоснимках (освещение, положение головы фотографируемого, качество снимка и т.п.) [13].

Для исследования методом «количественного» словесного портрета (VERBAL) и скольжения (наложения) сравнивали близкие по ракурсу масштабированные изображения лица малолетней О. и черепа неизвестной девочки. При этом наблюдается совмещение горизонтальных уровней: свода (с учетом толщины мягких тканей и условий съемки О.), положения бровей, уровня слухового прохода, ноздрей и основания носа, линии смыкания губ. Отмечается соответствие в пространственном взаиморасположении элементов лица, размеров, краеобразующих контуров и формы основных элементов сравниваемых изображений с учетом особенностей сравниваемых объектов. Положение сохранных на черепе анатомических ориентиров соответствует их расположению на лице малолетней О. – положение и направление бровей, носовой и подносковой точек, наружных и внутренних углов глаз, ноздрей, уровня рта и положение правого угла рта, уровня слуховых проходов.

Таким образом, зафиксированное соответствие строения лица пропавшей без вести О. на представленном фотоснимке и фрагмента лицевого отдела черепа неизвестной девочки на изображениях из фототаблиц

допускает возможность принадлежности сравниваемых объектов одному человеку.

Выполнено сопоставление категорий одноименных измерительных признаков изображений лица О., 9 лет, и изображения черепа неизвестной девочки с помощью специальной программы VERBAL, разработанной в РЦСМЭ (к сожалению, качество фото несколько снижает достоверность результата). Сравниваемые изображения размечали по системе 24 реперных физиономических точек, на черепе возможна разметка 14 краниометрических точек на анатомические ориентиры. Расчет расстояний между точками и вычисление указателей, оценка категорий полученных величин и разницы между категориями одинаковых признаков выполняется программным путем. Полученные результаты демонстрируют наличие сходства размерных характеристик изображений лица и черепа на представленных фотоснимках. Имеется сходство категорий размеров 2/3 сравниваемых признаков при отсутствии различий оценки размеров. Полученный результат позволяет говорить о большой схожести размерных и пропорциональных характеристик лица и черепа на представленных снимках, что не исключает принадлежности этих изображений одному человеку.

Таким образом, по результатам сравнительного исследования: признаки внешности, установленные по фотографии и экспертному описанию лицевого отдела черепа неизвестной девочки, и описанная в терминах «словесного портрета» фотография О. в возрасте 9 лет, не исключают вывод об их принадлежности одному человеку. Отмечается значительное пропорциональное сходство и отсутствие необъяснимых различий размерных характеристик лица девочки, изображенной на представленном фотоснимке, и фрагмента черепа неизвестной девочки, установленное с использованием метода традиционного словесного портрета, скользящего и количественного словесного портрета (VERBAL), возможное в случае их принадлежности одному человеку.

**Выводы.** По признакам пола, возраста, времени и месту обнаружения фрагментированного черепа принадлежность останков пропавшей без вести О. не исключается. Признаки внешности, спрогнозированные по фотографии и экспертному описанию лицевого отдела черепа неизвестной девочки, и описанная в терминах «словесного портрета» фотография О. в возрасте 9 лет, не исключают вывод об их принадлежности одному человеку. Зафиксированное пропорциональное сходство и отсутствие необъяснимых различий размерных характеристик лица О., изображенной на представленном фотоснимке, и фрагмента черепа неизвестной девочки, установленное с использованием метода традиционного словесного портрета, скользящего и количественного словесного портрета (VERBAL), допускают возможность их принадлежности одному человеку. Мы не стали делать категоричный вывод о принадлежности фрагмента лицевого отдела черепа, обнаруженного в 2002 г. малолетней О., пропавшей без вести в 1997 году, поскольку использовали только описание диагностических признаков предыдущих исследований и представленные оригиналы фотографий. Нами использованы экспертные методики, внедренные в практику в последние десятилетия, что позволило обосновать каждый этап исследования и прийти к соответствующему заключению.

Таким образом, даже при отсутствии основного объекта идентификационного исследования – черепа, нами сделан обоснованный вывод, что установленное в ходе медико-криминалистической экспертизы соответствие пола, возраста и особенностей внешности не исключает принадлежности объектов сравнения одному человеку, т.е. малолетней О., пропавшей без вести в 1997 году.

## **Литература**

1. Методика проведения медико-криминалистической экспертизы. Методические рекомендации (согласованы Межрегиональной общественной организацией «Судебные медики Сибири», приняты Ученым советом федерального государственного бюджетного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Российской Федерации, утверждены директором ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России). М.: 2024.

2. Руководство по судебной стоматологии / под ред. Г.А. Пашиняна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009, с. 99–101.

3. Хацкевич Г.А., Алексина Л.А., Богомолова И.А. Сроки прорезывания постоянных зубов. – СПб.: Изд-во СПбМУ, 2004, с. 32.

4. Mehmet Yaşar İşcan, Ph.D., Maryna Steyn, Mb. Chb., Ph.D. THE HUMAN SKELETON IN FORENSIC MEDICINE. Third Edition, 2013, pp. 261–267.

5. Возрастная периодизация, принятая VII всесоюзной конференцией по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии (1965 г.) – Криминалистическая идентификация человека по признакам внешности: учеб. Пособие для вузов / под ред. А.М. Зинина. – М.: Изд-во Юрайт, 2018, с. 56–59.

6. Звягин В.Н. Методика краниоскопической диагностики пола человека. // Судебно-медицинская экспертиза. – М., 1983, № 3, с. 15–17.

7. Звягин В.Н. Судебно-медицинские критерии краниологической идентификации личности. // Идентификация объектов и процессов судебной медицины (под ред. Г.А. Пашиняна), – М., 1991, с. 57–59.

8. И.Ф. Виниченко, В.С. Житников, А.М. Зинин, М.Н. Овсянникова, В.А. Снетков Криминалистическое описание внешности человека. Учебное пособие. – М., МЮИ МВД России, «Щит-М», 1998. – 198 с.

9. Криминалистическая идентификация человека по признакам внешности: учеб. Пособие для вузов / под ред. А.М. Зинина. – М.: Изд-во Юрайт, 2018, с. 88–173.

10. Медико-криминалистическая идентификация. Настольная книга судебно-медицинского эксперта. Под общей редакцией доктора медицинских наук, профессора В.В. Томилина. – М.: НОРМА-ИНФА М, 2000, с. 433–435.

11. Звягин В.Н., Иванов Н.В., Нарина Н.В. Компьютерное исследование черепно-лицевых размеров с помощью методики количественного словесного портрета//Судебно-медицинская экспертиза, 2000, № 1, с.19–26.

12. Нарина Н.В., Иванов Н.В., Звягин В.Н. Новая версия методики «Количественного словесного портрета» Verbal 2.0. Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе. М.: 2006. с. 208–213.

13. В.С. Степин, А.В. Савушкин, А.Б. Зотов Криминалистическое отождествление человека по разноракурсным фотопортретам. В кн.: Портретная экспертиза: Учебно-практическое пособие / Под ред. д.ю.н., проф. А.М. Зинина. – М.: Изд-во «Экзамен», изд-во «Право и закон», 2004, с. 88–110.

# ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИЗНАКОВ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ ПРИ ТРАВМЕ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

к.м.н. И.Р. Николайчик<sup>1,2</sup>, А.Э. Зарахович<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Главное управление судебно-медицинских экспертиз Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, Минск

<sup>2</sup>Научно-практический центр Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, Минск

**Аннотация:** В последнее время на фоне старения населения, увеличения количества тяжелых заболеваний, таких как сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, остеопороз, отмечается тенденция к увеличению сроков иммобилизации переломов, в связи с замедленной консолидацией, что увеличивает сроки реабилитации пациентов и сроки нетрудоспособности пациентов. Но, тем не менее, следует отметить существенные изменения в подходах к диагностике и лечению травм костей скелета на современном этапе развития медицины, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи, в том числе и на уменьшение сроков временной нетрудоспособности.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, травма костей скелета, длительность расстройства здоровья.

## APPLICATION OF MEDICAL CRITERIA FOR SIGNS OF HEALTH DISORDER DURATION IN CASE OF SKELETAL BONE INJURY AT THE PRESENT STAGE

I.R. Nikolaychik<sup>1,2</sup>, A.E. Zarakhovich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Main Department of Forensic Medical Examinations of the State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus, Minsk

<sup>2</sup>Scientific and Practical Center of the State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus, Minsk

**Summary:** Recently, against the background of aging of the population, an increase in the number of severe diseases such as diabetes mellitus, thyroid disease, osteoporosis, irresponsible attitude of people to their health, there has been a tendency to increase the periods of fracture immobilization due to delayed consolidation. This increases the terms of rehabilitation and patient disability periods. However, it should be noted that there have been significant changes in approaches to the diagnosis and treatment of skeletal injuries at the present stage of medical development. They are aimed at improving the medical care quality and reducing the periods of temporary disability.

**Keywords:** forensic medical examination, skeletal bone injury, duration of health disorder.

Проблема травматизма в общем и костей скелета в частности имеет большое медико-социальное и социально-экономическое значение в связи с тем, что большинство среди пострадавших составляют пациенты активного трудоспособного возраста [1].

В современных условиях урбанизации, увеличения частоты дорожно-транспортных происшествий и общего количества травм, нанесенных движущимися механизмами на производстве, повреждения костей скелета приобретают все более тяжёлый и сложный характер. А на фоне старения населения, увеличения количества тяжёлых заболеваний, таких как сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, остеопороз, отмечается тенденция к увеличению сроков иммобилизации переломов в связи с замедленной консолидацией, что увеличивает сроки реабилитации пациентов и сроки нетрудоспособности пациентов [2 – 4].

### **Цель исследования**

Анализ использования и объективизация применения в судебно-медицинской практике в Республике Беларусь медицинских критериев признаков продолжительности расстройства здоровья при травме костей скелета: признака тяжкого телесного повреждения – расстройства здоровья, связанного с травмой костей скелета, на срок свыше четырёх месяцев; менее тяжкого телесного повреждения – длительного расстройства здоровья на срок свыше трёх недель, но не более четырёх месяцев; лёгкого телесного повреждения – кратковременного расстройства здоровья (не более трёх недель).

### **Материалы и методы**

Проведены изучение и анализ литературы, описывающей переломы костей скелета, а также архивных материалов судебно-медицинских экспертиз, выполненных в 2017–2022 годах во всех региональных управлениях Государственного комитета судебных экспертиз (далее – ГКСЭ) Республики Беларусь. Проанализированы экспертизы (более 290 случаев) с использованием признака тяжкого телесного повреждения, связанного с травмой костей скелета на срок свыше четырёх месяцев; признака менее тяжкого телесного повреждения – длительного расстройства здоровья на срок свыше трёх недель, но не более четырёх месяцев (более 300 случаев);

признака лёгкого телесного повреждения – кратковременного расстройства здоровья (более 1000 случаев).

### **Результаты и обсуждение**

Определение степени тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь нормативно регулируется «Инструкцией о порядке проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести телесных повреждений», утверждённой постановлением ГКСЭ Республики Беларусь от 24.05.2016 № 16 (далее – Инструкция). Согласно Инструкции при определении длительности расстройства здоровья, связанного с травмой костей скелета, основанием являются сроки консолидации перелома без учёта времени дальнейшего восстановления утраченной в результате перелома кости функции, лечения патологических последствий травмы со стороны мягких тканей суставов и медицинской реабилитации пострадавшего физического лица.

Таким образом, в экспертной практике основой отнесения переломов костей скелета к той или иной степени тяжести становятся сроки сращения (консолидации) повреждённой кости вне зависимости от сроков нетрудоспособности или длительности оказания медицинской помощи.

Регенерация кости – это каскад биологических событий, которые синхронизируются и регулируются клеточными, молекулярными и генетическими факторами, влияющими на восстановление целостности и прочности кости [5].

Регенерация костных тканей происходит медленно за счет остеогенных клеток надкостницы, эндоста и остеогенных клеток в канале остеона. Процессу остеогенеза предшествует формирование соединительнотканной мозоли, в толще которой могут образовываться хрящевые отростки. В условиях оптимальной репозиции и фиксации концов сломанной кости регенерация может происходить без образования мозоли. Вначале остеокласты заполняют небольшую щель между репонированными концами кости. Под влиянием остеокластов, активизированных различными

факторами, происходит резорбция костной ткани – костные пластинки остеона разрушаются, и на его месте образуется полость. В образовавшейся полости вокруг оставшегося сосуда появляются остеобласты, и начинается построение новых пластинок, концентрически наслаивающихся друг на друга. Так возникают вторичные генерации остеонов. Процесс перестройки остеонов не приостанавливается после роста кости. К 5–12-му дню после травмы, в результате организации экстравазата, образуется рыхлая соединительная ткань, соединяющая отломки так называемой первичной мягкой мозолью, которая впоследствии заменяется примитивной губчатой и, наконец, зрелой костью [6].

Таким образом, при восстановительном остеогенезе наблюдаются два основных процесса. Первый состоит в том, что вначале формируется соединительнотканная органическая матрица, которая соединяет отломки между собой. В основе этого процесса лежат дифференцировка остеобластических клеток и биосинтез сложного коллагенового белка. Второй процесс состоит в осаждении, пропитывании и обызвествлении образовавшегося белкового вещества за счёт солей, растворенных в окружающей среде и доставляемых в растворенном виде током крови из всей костной системы.

Следует подчеркнуть, что в организме человека обычно имеются в достаточном количестве материалы, необходимые для кальцификации вновь сформированной костной матрицы. Лишь при заболевании, серьёзно нарушающем всасывание и выделение из желудочно-кишечного тракта, либо при слишком стремительном выделении кальция или фосфатов через почки, кальцификация мозоли может нарушиться.

Процесс восстановления кости зависит от ряда общих и местных факторов. Среди общих – возраст больного, его физическое и нервно-психическое состояние, конституция, функция эндокринной системы, обмен веществ и др. Причинами, увеличивающими продолжительность сращения переломов костей скелета, являются декомпенсированные соматические

заболевания, предшествующие переломы и наличие низкой минеральной плотности костной ткани, приём глюкокортикоидных препаратов, диагностические, тактические и технические ошибки при оказании медицинской помощи.

Таким образом, консолидация костной ткани проходит ряд последовательных стадий и, как правило, превышает три недели. Исключениями могут являться переломы у детей, неполные переломы костей.

Из проанализированного экспертного материала выявлено, что повреждениями, по поводу которых при определении степени тяжести применялся признак лёгкого телесного повреждения – «кратковременное расстройство здоровья», явились переломы носовых костей или «костей носа», или одного ребра. При этом в случаях установления клинического диагноза перелом «костей носа» уточнение анатомической локализации перелома среди костей, участвующих в формировании структур носа, как правило, не проводилось.

Также обращает внимание, что в случаях, когда проводились тщательные рентгенологические исследования, в частности компьютерная томография, и диагностировались изолированные переломы носовых костей – телесные повреждения квалифицировались как лёгкие по признаку кратковременного расстройства здоровья. В тех же случаях, когда диагностировались переломы иных костных структур, формирующих наружный нос, например, передней носовой ости, лобного отростка верхней челюсти, носовой ости лобной кости, как правило, применялся признак менее тяжкого телесного повреждения – «длительное расстройство здоровья на срок свыше трёх недель, но не более четырёх месяцев».

Это может свидетельствовать о наличии определенного сложившегося стереотипного порядка при проведении экспертиз, связанных с переломами костей скелета.

В частности, при рентгенологически выявленных переломах «костей носа», одного ребра, как правило, повторных контрольных рентгенограмм с целью обнаружения рентгенологических признаков заживления костной ткани и подтверждения консолидации перелома в срок до 21 дня не проводилось. Кроме того, в большинстве случаев, при проведении подобных экспертиз оценить как длительность лечения, так и продолжительность расстройства здоровья (сроки консолидации перелома) не представлялось возможным вследствие однократного обращения потерпевших за медицинской помощью и непрохождения ими в дальнейшем динамического амбулаторного наблюдения. Это может быть связано с особенностями оказания медицинской помощи при переломах «костей носа» или ребра, не требующей высокотехнологичных вмешательств, применения специфических лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а также заведомо прогнозируемым благоприятным исходом.

В тех же случаях, когда имелись сведения о выполнении контрольных рентгенологических исследований костей носа в срок около трёх недель после травмы, в рентгенологическом описании указывалось о прослеживании линии перелома на рентгенограммах, или же об отсутствии признаков полной консолидации перелома.

Наряду со всем вышесказанным, по результатам исследования экспертиз выявлена чёткая зависимость увеличения частоты установления тяжких телесных повреждений по признаку «расстройства здоровья, связанного с травмой костей скелета на срок свыше четырёх месяцев» от возраста травмированного лица. В случаях тщательного изучения медицинской документации причинами увеличения продолжительности расстройства здоровья являлись – целый ряд сопутствующих заболеваний, выбранная врачебная тактика лечения и иные причины, непосредственно не связанные с самим характером перелома.

В этой связи есть все основания в соответствии с Инструкцией трактовать продолжительность расстройства здоровья, связанного с травмой

костей скелета на срок свыше четырёх месяцев, как «другие последствия телесного повреждения, возникающие в силу случайных обстоятельств, индивидуальных особенностей организма, недостатков в оказании медицинской помощи», не состоящие в прямой причинной связи с телесным повреждением».

### **Заключение**

По результатам исследования, с учётом сроков, необходимых для анатомического сращения костной ткани, практики оказания медицинской помощи при подобных травмах, целесообразно квалифицировать телесные повреждения, сопровождающиеся переломами костей скелета, при отсутствии медицинских признаков критериев тяжких телесных повреждений, как менее тяжкие телесные повреждения по признаку длительного расстройства здоровья на срок не более четырёх месяцев. Исключениями могут являться объективно доказанные рентгенологическими или иными инструментальными методами случаи консолидации перелома в срок до 21 дня.

Такой подход позволит минимизировать такие субъективные факторы, способные оказать влияние на квалификацию степени тяжести телесных повреждений, как уровень оказания медицинской помощи, кратность медицинского наблюдения подэкспертного, объём проводимых рентгенологических исследований.

### **Литература**

1. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г., Шапиро К.И., Корнилов Н.Н., Ломаю М.П., Осташко В.И., Редько К.Г. Травматология и ортопедия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
2. Московский С.Н., Конев В.П., Сорокина В.В. Определение вреда, причиненного здоровью человека, при травме опорно-двигательного аппарата на фоне остеопороза. Вестник судебной медицины. 2021;10:4:9–14.
3. Алексеев И.В. Судебно-медицинская экспертиза тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Иркутск: ИГМУ. 2017.
4. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., Ключкова С.В. Анатомия человека. Структура человеческого тела. Развитие человека в онтогенезе. Опорно-двигательный аппарат. М.: Новая волна. 2015.

5. Котельников, Г.П., Мионов С.П., Мирошниченко В.Ф. Травматология и ортопедия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

6. Афанасьев Ю.И., Кузнецов С.Л., Юрина Н.А. Гистология, цитология и эмбриология. М.: Медицина. 2004.

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИВЛЕЧЕНИЯ КЛИНИЦИСТОВ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ФАКТАМ НЕДОСТАТКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*к.ю.н., доцент С.В. Петраков*

*Санкт-Петербургская академия Следственного комитета Российской Федерации,  
Санкт-Петербург*

**Аннотация:** Организация привлечения клинических специалистов для производства судебно-медицинской экспертизы продолжает оставаться проблемой при расследовании ятрогенных преступлений. Изучение авторефератов ряда диссертаций, участие в повышении квалификации следователей по дополнительной профессиональной программе «Расследование ятрогенных преступлений» позволили сформулировать способы привлечения клиницистов. Автор делает вывод, что при отсутствии административной составляющей в решении рассматриваемой проблемы, она останется нерешенной.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, недостатки оказания медицинской помощи, дефекты оказания медицинской помощи, ятрогенные преступления, судебная экспертиза по уголовному делу.

## **ORGANIZING THE INVOLVEMENT OF CLINICIANS WHO PARTICIPATE IN THE PRODUCTION OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION ON THE FACTS OF DEFICIENCIES IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE**

*S.V. Petrakov*

*Saint Petersburg Academy of the Investigative Committee of the Russian Federation,  
Saint Petersburg*

**Summary:** The organization of involvement of clinical specialists is a problem in the investigation of iatrogenic crimes and in the production of forensic medical examination. The author formulated methods of involvement of clinicians after studying dissertation abstracts and participating in advanced training of investigators under the additional professional program «Investigation of Iatrogenic Crimes». The author concludes that the problem will not be solved in the absence of administrative mechanisms of influence.

**Keywords:** forensic medical examination, deficiencies in the provision of medical care, defects in the provision of medical care, iatrogenic crimes, forensic examination in a criminal case.

Несмотря на значительное количество защищенных диссертаций по темам, связанным с уголовным судопроизводством по фактам недостатков оказания медицинской помощи, практика судопроизводства кардинальным образом в лучшую сторону не изменилась. Те проблемы, которые существовали несколько лет назад, остались по-прежнему актуальными. Об этом свидетельствуют и сами положения диссертаций, выносимые на защиту.

Одной из ключевых проблем является организация привлечения клиницистов для участия в производстве судебно-медицинской экспертизы. На это систематически указывают сотрудники следственных органов СК России, проходившие обучение в период с 2020 г. по 2024 г. по программе повышения квалификации «Расследование ятрогенных преступлений» на базе Санкт-Петербургской академии Следственного комитета. С позиции науки эта проблема исследуется не всегда. Содержание ряда авторефератов диссертаций свидетельствует о том, что отдельные авторы не касались именно организационных аспектов данной проблематики [1, 2]. Хотя автор статьи и допускает, что это издержки реферативного изложения диссертаций. Отдельные авторы поверхностно раскрывали данный вопрос. Так, С.В. Шепелев только указывал, что помощь окажут «при ... выборе экспертного учреждения, поиске узких специалистов – подразделения криминалистики следственных органов СК России» [3, с. 25]. А.А. Лавриненко, на основании проведенного ею эмпирического исследования, констатирует, что «во всех изученных случаях (100 %) расследования ятрогенных преступлений, совершенных в отношении несовершеннолетних, использовались специальные знания» [4, с. 21], указывая в дальнейшем, что их необходимо привлекать, опуская при этом самый важный аспект привлечения – организационный.

По мнению автора статьи, наибольший вклад в систематизацию способов привлечения клиницистов внес Л.А. Шмаров, указав два основных способа [5, с. 28]:

1. Путем заключения разовых гражданско-правовых договоров с клиническими специалистами на основании:

1) данных о специалистах, содержащихся в базе данных клиницистов, участвующих в судебно-медицинской экспертизе;

2) запроса в медицинскую организацию о выделении клинициста;

3) запроса в Минздрав РФ или Минздрав субъекта РФ о выделении клинициста;

2. Путем заключения трудовых договоров с наиболее востребованными специалистами в экспертизе.

Применительно к базам данных можно воспользоваться аккредитованными экспертами, привлекаемыми для производства экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП). Соответствующие реестры приведены на интернет-сайтах Федерального фонда обязательного медицинского страхования (<https://www.ffoms.gov.ru/documents/registry/>) и Росздравнадзора ([https://roszdravnadzor.gov.ru/services/experts\\_register](https://roszdravnadzor.gov.ru/services/experts_register)). Создание отдельной базы тех клиницистов, которые уже участвовали в производстве судебно-медицинской экспертизы, представляется проблематичным, так как в нее могут быть включены персональные данные врачей без их согласия. Запрашивать же согласие каждого представляется организационно-проблематичным. Кроме того, возникает вопрос о лице, ведущим данную базу.

Запрос в медицинскую организацию представляется менее эффективным. Это связано либо с заинтересованностью медицинской организации в исходе дела (если в ту же организацию, где и были допущены нарушения), либо с поиском самой организации, где в штате состоит необходимый клиницист, и тогда проблема возвращается к началу ее решения.

Трудовой договор, на основании которого в штат Бюро судебно-медицинской экспертизы (далее – БСМЭ) войдут наиболее востребованные

клинические специалисты видится одним из эффективных механизмов решения проблемы. Но возникает организационный момент по введению дополнительных штатных единиц и фиксированном размере оплаты доли занимаемой ставки. В отдельных случаях нагрузка на клинициста может быть не сопоставима с производимой ему оплатой, в том числе и с учетом его специализации и уровня квалификации.

Действенным механизмом решения проблемы видится запрос в Минздрав РФ или Минздрав субъекта РФ для поиска и выделения конкретного специалиста. Вместе с тем, заключение разового гражданско-правового договора с таким врачом, который будет наделен правами и обязанностями эксперта, не решит проблемы, как не решает он ее в настоящее время. Часть заключенных договоров с привлеченными клиницистами не оплачена со стороны СК России, что формирует условия для отказа специалистов от участия в производстве экспертиз в будущем.

Автор считает, что базовыми факторами, негативно влияющими на организацию привлечения клиницистов для участия в судебно-медицинской экспертизе, являются:

- 1) поиск клинициста – задача следователя;
- 2) оплата труда клинициста – задача следственного органа.

Оба фактора обусловлены самой сутью уголовного судопроизводства, когда доказательства вины или невиновности лежат на стороне обвинения, а сторона защиты не обязана доказывать свою невиновность. Вместе с тем, есть ряд факторов, которые, с позиции автора, обуславливают пересмотр подхода к расследованию дел о недостатках оказания медицинской помощи, в целом, и пересмотр подхода к привлечению клиницистов, в частности. И это несмотря на то, что данные дела являются одним из частных примеров ненадлежащего выполнения лицом своих обязанностей, которые по неосторожности повлекли смерть потерпевшего (например, преступления, предусмотренные ст. ст. 143 и 216 УК РФ). К данным факторам автор относит:

1) смерть или тяжкий вред могут наступать непосредственно при медицинском вмешательстве или в медицинской организации;

2) еще до возбуждения уголовного дела может быть проведена ЭКМП [6, 7], и могут быть установлены нарушения оказания медицинской помощи и лица, их допустившие;

3) нарушения допущены в организации, официально осуществляющей медицинскую деятельность;

4) врач оказывает медицинскую помощь (осуществляет медицинское вмешательство) с социально значимой целью – помочь пациенту или спасти ему жизнь;

5) врач желает, а не просто обязан помочь пациенту;

6) врач не желает причинить вред или смерть пациенту.

Необходимо помнить и о том, что длительность уголовного судопроизводства и неразрешенность ситуации могут негативно отражаться на деятельности медицинской организации и негативно сказываться на эмоциональном состоянии самого врача. Поэтому скорейшее производство судебно-медицинской экспертизы по рассматриваемой категории дел должно быть и задачей Минздрава России. Для решения вопроса об участии клинициста необходимо исходить из двух базовых составляющих:

1) специалист должен затратить свое личное время для решения задачи, изначально не вытекающей из его обязанностей;

2) труд привлеченного клинициста требует финансирования соразмерно специализации и квалификации, и должен быть оплачен непосредственно после выполненной работы; несвоевременная оплата является основанием для начисления пени за каждый день просрочки оплаты.

Прежде чем сформулировать и описать способы организации привлечения клиницистов, необходимо понимать, что действительное решение обозначенной проблемы может быть осуществлено только административным методом. Итак, с позиции автора могут быть реализованы два способа для оперативного привлечения специалистов.

В первом случае, как предлагал Л.А. Шмаров, в штаты всех БСМЭ необходимо ввести должности экспертов, на которые необходимо принимать на доли ставки клинических специалистов, наиболее часто привлекаемых для производства судебно-медицинской экспертизы. Оплата должна производиться вне зависимости от факта производства экспертизы. В случае превышения количества проводимых экспертиз согласно нормам и доли ставки, оплата должна осуществляться в порядке трудового законодательства.

Во втором случае, когда необходим клинический специалист, отсутствующий в штате БСМЭ, следователь по ходатайству руководителя БСМЭ обращается с запросом в Министерство здравоохранения субъекта РФ с просьбой обеспечить участие соответствующего врача. Министерство здравоохранения субъекта РФ обязано найти и выделить соответствующего специалиста (специалистов) из числа лиц, входящих в штаты медицинских организаций субъекта РФ и оплатить его (их) труд за счет средств, дополнительно выделяемых Министерству здравоохранения субъекта РФ. Тарифы должны быть установлены Министерством здравоохранения РФ с учетом специализации и квалификации привлекаемых клиницистов. Соответствующие правовые нормы и предписания необходимо включить в локальные акты органов здравоохранения, медицинских организаций и трудовые договоры. Затраченная сумма в рамках взаимных расчетов должна компенсироваться из бюджета следственного органа Следственного комитета по субъекту РФ. В случае несвоевременного перечисления Минздрав субъекта РФ имеет право на взыскание пеней за каждый день просрочки. Оплачивать непосредственно сразу из бюджета следственного органа нецелесообразно, так как оплата может в ряде случаев превышать лимит, который предоставлен следственному органу по субъекту РФ.

Если необходимый клиницист в медицинских организациях субъекта РФ отсутствует, Минздрав по субъекту РФ дает соответствующий ответ, и следователь обращается с аналогичным запросом в Минздрав России.

Дальнейший порядок аналогичен описанному. Помимо этого, участвующему клиницисту необходимо обеспечить создание электронной подписи (что в настоящее время не представляет сложности) в случае его нахождения в городе, отличном от города нахождения БСМЭ, и отсутствия объективной возможности приехать в БСМЭ. Сканирование материалов уголовного дела и их пересылка должны обеспечиваться следователем.

По мнению автора, предложенный механизм является одним из направлений реформирования уголовного судопроизводства в целом по делам о недостатках оказания медицинской помощи. Резюмируя вышеизложенное, необходимо констатировать, что без конструктивного решения задачи по привлечению клинических специалистов существующая проблема так и не будет решена.

### **Литература**

1. Хазизулин В.Б. Расследование преступлений, совершенных при оказании медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2024. – 27 с.
2. Иванова Я.И. Методика расследования ятрогенных преступлений, совершаемых в сфере родовспоможения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2017. – 17 с.
3. Шепелев С.В. Взаимодействие следователя со сведущими лицами в ходе расследования преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2022. – 31 с.
4. Лавриненко А.А. Расследование ятрогенных преступлений, совершенных в отношении несовершеннолетних: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Калининград, 2022. – 26 с.
5. Шмаров Л.А. Современные судебно-медицинские экспертные методологические подходы к решению вопросов в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Москва, 2023. – 44 с.
6. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» // СПС «КонсультантПлюс».
7. Приказ Минздрава России от 16.05.2017 № 226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» // СПС «КонсультантПлюс».

## КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СУДЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БОЛЕЗНИ КРЕЙТЦФЕЛЬДА-ЯКОБА (экспертная практика)

Ю.О. Плосконос<sup>1</sup>, к.м.н., доцент И.В. Вакуленко<sup>2</sup>, к.м.н. С.Л. Джувалыakov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Астрахань

<sup>2</sup>Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань

**Аннотация:** Болезнь Крейтцфельда-Якоба – одно из редких заболеваний, распространенность которого составляет один на миллион случаев в год. Вызывается белком прионом с аномальной третичной структурой (с особым, не свойственным для человека вариантом последовательности аминокислот). Возникает под воздействием различных факторов, не исследованных в полной мере. Заболевание приводит к развитию атрофии мозга и формированию губчатой энцефалопатии (коровье бешенство), проявляется прогрессирующим снижением интеллекта, двигательной активности и другими множественными неврологическими симптомами, не являющимися специфичными для этого заболевания [1–4].

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, комплексная медицинская судебная экспертиза, энцефалопатия, прион.

## COMPREHENSIVE MEDICAL FORENSIC EXAMINATION OF CREUTZFELDT-JAKOB DISEASE (expert practice)

Yu.O. Ploskonos<sup>1</sup>, I.V. Vakulenko<sup>2</sup>, S.L. Dzhuvalyakov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bureau of Forensic Medical Examination, Astrakhan region, Astrakhan

<sup>2</sup>Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Astrakhan

**Summary:** Creutzfeldt-Jakob disease is one of the rare diseases with a prevalence of one in a million cases per year. It is caused by a prion protein with an abnormal tertiary structure (with a special variant of the amino acid sequence that is not typical for humans). It occurs under the influence of various factors that have not been fully investigated. The disease leads to the development of brain atrophy and the formation of spongiform encephalopathy (mad cow disease), manifested by a progressive decrease in intelligence, motor activity and other multiple neurological symptoms that are not specific to this disease.

**Keywords:** forensic medical examination, complex medical forensic examination, encephalopathy, prion.

В отдел комиссионных и комплексных экспертиз была назначена комплексная медицинская судебная экспертиза по материалам уголовного дела, медицинским документам, данным инструментальных методов исследования гр-на А. Перед экспертами были поставлены вопросы: 1. Какова причина смерти гр-на А.? 2. Правильно ли был установлен диагноз гр-ну А.? 3. Правильно ли и в полном объеме оказана медицинская помощь

гр-ну А.? 4. Имелись ли нарушения при оказании медицинской помощи и состоят ли они в причинно-следственной связи со смертью гр-на А.? 5. Причинен ли вред здоровью гр-ну А. оказанной ему медицинской помощью?

Для ответа на поставленные вопросы было необходимо участие врачей-специалистов в различных областях медицины, а именно по специальностям: инфекционные болезни, рентгенология, неврология, анестезиология и реанимация, патологическая анатомия.

В ходе изучения представленных материалов было установлено: анамнез жизни – со слов сопровождающей сестры «Гр-н А. часто выезжал в туристические туры, где охотился и употреблял в пищу термически необработанное мясо животных и экзотические продукты. В течение последних 4 лет появилась депрессия, стала замечать у него нарушение памяти, речи, отмечались периодические судорожные припадки. 12.12.2018 г. на рабочем месте упал, потерял сознание. Был госпитализирован в нейрохирургическое отделение».

Медицинскую помощь получал амбулаторно в поликлинике по месту жительства и в различных стационарах города. При изучении медицинских документов было установлено: жалобы при поступлении в стационар на расстройство речи, потерю памяти, «помутнение в глазах», нарушение координации. После осмотра врача приемного отделения и невролога был установлен предварительный диагноз – «острое нарушение мозгового кровообращения». Для подтверждения и уточнения диагноза выполнено: компьютерно-томографическое исследование головного мозга – патологические изменения не выявлены, магнитно-резонансная томография головного мозга – картина энцефалопатии – дифференцировать между токсическо-ишемической, дисметаболической, PRES синдромом. Были проведены консультации окулиста, психиатра. МРТ в динамике от 19.12.2018 г. «На контрольных МР томограммах межполушарная щель проходит по средней линии. Субарахноидальное пространство незначительно

расширено в области теменных долей по конвекситальной и парасагиттальной поверхности. Базальные цистерны не расширены. Боковые желудочки головного мозга нормальных размеров, расположены симметрично, III и IV желудочки не расширены. Миндалины мозжечка расположены обычно. Турецкое седло и гипофиз в норме. В белом веществе лобных, теменных и височных долей определяются многочисленные субкортикальные и перивентрикулярные очага глиоза, размером до 0,7 см. Определяется повышение интенсивности сигнала по TIRM и DWI от головок хвостатых ядер и скорлупы, больше слева. Сигнал от коры в левой лобной доле, в левой теменной доле, правой теменной доле по T2 и DWI b 1000 повышен. В клетках решетчатой кости отек слизистой. Околоносовые пазухи и ячейки пирамид височных костей и сосцевидных отростков развиты нормально, с четкими контурами, пневматизация их не изменена. Структуры глазниц без особенностей. Заключение: МР картина более вероятная с учетом клиники для энцефалопатии Крейтцфельда–Якоба». За время нахождения в стационаре состояние пациента ухудшалось, жалобы сохранялись, было принято решение о переводе в другой стационар с диагнозом «энцефалопатия Крейтцфельда-Якоба? с выраженными когнитивными нарушениями и мозжечковой атаксией».

Жалобы на момент поступления в стационар №2 «активно не предъявляет в связи с когнитивными нарушениями. Продуктивному контакту не доступен, контакт затруднен». Неврологический статус: Сознание ясное, команды выполняет частично, контакт затруднен, критика снижена. Ориентирован в собственной личности частично, в месте и времени дезориентирован. Выраженные когнитивные нарушения. Положение глазных яблок правильное. Движение глазных яблок проверке недоступны (за молоточком не следит). Ширина глазных щелей D=S, зрачков D=S. Фотореакция сохранена. Реакция на аккомодацию, конвергенцию снижена. Нистагма нет. Язык – по средней линии. Лицо симметрично. Речь – невнятная, бессмысленная. Сухожильные рефлексы: с верхних конечностей

$S \geq D$ , живые; с нижних конечностей  $S \geq D$ , живые. Чувствительность – нарушений чувствительности достоверно проверить невозможно из-за выраженных когнитивных нарушений. Сила сохранена,  $S=D$ , 5 баллов. Тонус в конечностях  $S=D$ , не изменен. Патологических стопных нет. Координаторные пробы выполняет с двух сторон с выраженным мимопаданием. В позе Ромберга выраженное покачивание, с тенденцией к падению назад. Походка атактическая. Менингеальных знаков нет. Симптомы орального автоматизма положительные. Невозможно овладение бытовыми навыками, затруднено самостоятельное передвижение в палате, пространстве в связи с выраженными когнитивными нарушениями, с атаксией. Нуждается в постоянном постороннем уходе. На основании выставленного диагноза на предыдущем этапе, анамнеза, клинической картины, неврологического статуса, результатов МРТ диагноз основной: Энцефалопатия Крейтцфельда-Якоба с выраженными когнитивными нарушениями, выраженной мозжечковой атаксией с нарушением статики и ходьбы... Тактика ведения и лечения согласно Приказу МЗ РФ от 29.12.12 1705н, методическим рекомендациям специализированной нейрореабилитационной помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы, на этапе реабилитации. Тактика ведения и лечения, согласно клиническим рекомендациям, утвержденным на IV Всероссийском съезде врачей общей практики (семейных врачей) РФ 15.11.2013 г. Казань, Клиническим рекомендациям Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, Всероссийского общества неврологов, Ассоциации нейрохирургов России, Москва, 2017.

ЭЭГ от 26.12.2018 г. Исследование проводилось на протяжении 15 мин. На фоне дезорганизованного ритма доминирует тета-активность в виде ритма высокой амплитуды до 56 мкВ, индексом до 61 % и разбросом частот 4.0–5.6 Гц; имеется незначительная амплитудная (больше слева на 25 %) асимметрия, с преобладанием заостренных волн, с областью выраженности в

лобной области Альфа-активность в виде групп волн высокой амплитуды до 57 мкВ, индексом до 37 % и разбросом частот 8.0–10.6 Гц; имеется незначительная амплитудная (больше справа на 20 %) асимметрия, нерегулярная, наиболее выраженная в правой затылочной и правой лобной областях. Модуляции по амплитуде отсутствуют. Фотостимуляция проводилась группами вспышек белого цвета с частотой 1–20 Гц, с шагом 2 Гц, а также 60, 50, 40, 30, 25 Гц. Возможно наличие пароксизмальной активности! (скачок мощности ЭЭГ сигнала в 7 раз). Реакция усвоения ритма происходит волнами Дельтадиапазона: активность повысилась до значимой; максимальная выраженность в правой лобной области. Гипервентиляция проводилась в течение 3 мин. Тета активность: произошел переход области выраженности с лобной области к центрально-лобной области. Реакция открывания глаз происходит полное одномоментное угнетение всех видов фоновой активности. После прекращения пробы паттерн фоновой активности восстановился полностью. Заключение: Возможно наличие пароксизмальной активности! ЭЭГ дезорганизованного типа. Эпилептиформной активности и очаговой симптоматики не регистрируется.

Учитывая у пациента отсутствие мотивации к реабилитационному процессу и социальной адаптации, наличие клиники и неврологической симптоматики (выраженных когнитивных нарушений, психоорганического синдрома, координаторных и поведенческих нарушений), характером поражения головного мозга и локализации очагов поражения на МРТ от 14.12.18, 19.12.18 гг. – реабилитационный потенциал отсутствует. Согласно Приказу МЗ РФ от 29.12.12 1705н, дальнейшая реабилитация в круглосуточном стационаре на втором этапе реабилитации не показана. Пациент был выписан 29.12.18 г. из стационара №2. В связи с выраженными когнитивными нарушениями пациента, рекомендовано круглосуточное наблюдение, контроль приема препаратов. Родственники (сестра) обучены постоянному постороннему уходу, кормлению и проведению гигиенических

процедур, разъяснена дальнейшая тактика ведения в амбулаторных условиях, даны рекомендации в выписном эпикризе.

Наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях: Со слов сестры состояние постепенно в течение 10 дней ухудшалось (отмечались несколько судорожных приступов, перестал передвигаться, принимает протертую пищу и воду). Соматический объективный статус: Общее состояние средней тяжести. Неврологический статус: в сознании, лежит с открытыми глазами. В контакт не вступает. Глазами на обращенную речь реагирует. Команды не выполняет. Глазные щели S=D. Зрачки S=D, фотореакция живая. Нистагма нет. За молоточком не следит. Лицо симметрично. Глотание не нарушено. Произносит нечленораздельные звуки. Сухожильные рефлексy: S≥D, живые. Чувствительность: определить невозможно. Мышечная сила: определить невозможно. Мышечный тонус патологически не изменен. Активные движения сохранены. Координация движений: В позе Ромберга не проверялся. Координационные пробы проверить невозможно. Походка: не передвигается. Патологические стопные и менингеальные знаки: abs. Обоснование: Во время осмотра развился генерализованный судорожный приступ, продолжительностью около 1–2 минут. Купировался самостоятельно. Диагноз клинический: Энцефалопатия Крейтцфельда-Якоба со значительно выраженными когнитивными нарушениями, мозжечковой атаксией со значительным нарушением.

11.01.2019 состояние гр-на А. резко ухудшилось (перестал принимать пищу, «стал невменяемым»), вызвана бригада скорой медицинской помощи (состояние пациента оценено как крайне тяжелое), госпитализирован в реанимационное отделение инфекционной больницы. Состояние больного крайне тяжелое. Тяжесть обусловлена грубым нарушением витальных функций организма на фоне выраженной общемозговой симптоматики и декомпенсированной легочно-сердечной недостаточности с расстройством функции внешнего дыхания по типу периодического агонального дыхания с периодами апноэ. Уровень сознания – кома III, шкала Глазго – 7 баллов.

Вербальному контакту не доступен. На обращенную речь не реагирует. В кровати адинамичен. Атония. Менингеальная симптоматика не определяется. Ригидность затылочных мышц, не определяется. Симптом Кернига «-» с обеих сторон. Видимой очаговой симптоматики нет, зрачки точечные, фотореакция на свет крайне вялая, OD = OS. Глазные яблоки плавающие, за движущимся предметом не следит. Не лихорадит,  $T = 35,5^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы с сероватым оттенком с признаками диффузного цианоза. Видимые слизистые, ногтевые ложа синюшные, теплые на ощупь. Геморрагического синдрома нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Симптом щипка и жгута (-). Дыхание не адекватное с выраженным тахипноэ до скомпенсированных цифр с периодическими интервалами апноэ. Оксигенация крови на декомпенсированных цифрах. Аускультативно в легких диффузно ослаблено по всем легочным полям, преимущественно в нижне-боковых с обеих сторон, где на фоне отчетливого укорочения перкуторного легочного звука выслушивается умеренное количество разнокалиберных влажных и крепитирующих хрипов, ЧД = 4–5 в мин. Гемодинамика на низких цифрах. Пульсация на периферических артериях не определяется. Сог тоны глухие, ритмичные. АД = 40/70 мм. рт. ст.; ЧСС = 132 в мин., PS = 132 в минуту, DPS = 0. Язык сухой, обложен серым грязным налетом. Живот доступен глубокой пальпации. Перистальтика кишечника определяется. Пульсация a. abdominalis слабая. Печень до 2 см из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции. Перитонеальных знаков нет. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Диурез контролируется по катетеру, произведена его постановка, получено 100 мл мочи. Голени и стопы пастозные. Учитывая угнетение функции внешнего дыхания, со снижением  $\text{SpO}_2$  в экстренном порядке произведена интубация трахеи. При этом  $\text{SpO}_2$  на удовлетворительных цифрах, 90%. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Дыхательные шумы симметрично проводятся по всем легочным полям с умеренным ослаблением дыхания (в нижних отделах с обеих сторон, где на фоне отчетливого укорочения перкуторного легочного

звука выслушивается обильное количество разнокалиберных влажных и крепитирующих хрипов). 12.01.2019 в 23.10 больной бледен, умеренно выраженный акроцианоз. ИВЛ продолжается. Пульс на сонных артериях не определяется, аускультативно сердечные тоны не выслушиваются, зрачки расширены, фотореакции нет. Констатирована клиническая смерть. Начат комплекс реанимационных мероприятий, без эффекта. 12.01.2019 в 23.40 констатирована биологическая смерть.

На этапе амбулаторного и стационарного лечения получал инфузионную дезинтоксикационную, гормональную, антибактериальную, противосудорожную, обезболивающую, ноотропную терапию.

При патологоанатомическом исследовании трупа гр-на А., установлено: «выраженный отек и полнокровие мягкой оболочки и вещества головного мозга, отек легких с мелкоочаговой бронхопневмонией. Во внутренних органах острое венозное полнокровие. При гистологическом исследовании вещества головного мозга морфологическая картина вирусного энцефалита не уточненной этиологии. Таким образом, основным смертельным заболеванием следует считать вирусный энцефалит неуточненный, непосредственная причина смерти отек головного мозга».

В рамках производства экспертизы, врачом-рентгенологом, включенным в состав комиссии экспертов, были изучены оптические диски электронной записи данных компьютерно-томографического и магнитно-резонансного исследования головного мозга на имя гр-на А.:

- компьютерно-томографического исследования головного мозга от 12.12.2018 г.: визуализируется значительное расширение субарахноидального пространства в конвекситальных отделах местами до 9 мм за счет атрофии головного мозга. В белом веществе головного мозга лобной, теменной, височной долях обеих гемисфер множественные кистозно-глиозные очаги, некоторые сливного характера, образуют конгломерат размером до 17 мм. Заключение: МР-признаки атрофии головного мозга с множеством глиозно-кистозных очагов лобных, теменных и височных долей.

- магнитно-резонансного исследования головного мозга от 14.12.2018 г.: визуализируется значительное расширение субарахноидального пространства в конвекситальных отделах местами до 9 мм за счет атрофии головного мозга. В белом веществе головного мозга лобной, теменной, височной долях обеих гемисфер множественные очаги глиоза, некоторые сливного характера, образуют конгломерат размером до 17 мм. Заключение: МР-признаки атрофии головного мозга с множеством очагов глиоза лобных, теменных, височных долей.

- магнитно-резонансного исследования головного мозга от 19.12.2018 г.: в базальных отделах обеих гемисфер в области базальных ядер характерная картина «мелких медовых сот».

При изучении гистологического архива от трупа гр-на А., в рамках производства данной экспертизы, установлено: «Головной мозг: периваскулярный, перицеллюлярный отек. Стирание полигональных контуров нейроцитов, тигролиз цитоплазмы, цитолиз; пикноз и гиперхроматоз ядер. Зоны нейронального опустошения с сетчатым рисунком глии. Порэнцефалия, пролиферация глии. Явления нейронофагии («базофильные шары» в зонах нейронального опустошения). Белковые депозиты в цитоплазме нейроцитов и вне клеток не обнаружены. Паретическое расширение сосудов вещества мозга, неравномерное полнокровие, очажки периваскулярных диапедезных геморрагий. В отдельных полях зрения периваскулярная мононуклеарная лимфоидная инфильтрация. Сердце: межуточный отек. Выраженная фрагментация кардиомиоцитов. Контрактурные повреждения, диссоциация волокон миокарда. Стенки сосудов не утолщены, просветы не сужены. Неравномерное полнокровие интрамуральных сосудов. Гипертрофия отдельных кардиомиоцитов, зернистая дистрофия цитоплазмы. Легкие: во всех полях зрения отечная, отечно-геморрагическая жидкость в альвеолах. Скопления гемосидерина. В отдельных полях зрения лейкоциты, лимфоциты в альвеолах, перибронхиально, стенки бронхов с десквамированным

эпителием слизистой оболочки, отечны, инфильтрированы – очаговая бронхопневмония. Полнокровие, паретическое расширение сосудов. Стазы. Небольшие участки эмфиземы. Трахея: десквамация эпителия. Умеренно выраженный отек. Полнокровие, паретическое расширение сосудов. Лимфолейкоцитарная инфильтрация подслизистого слоя, слизистой оболочки. Гиперплазия желез. Прикорневой лимфоузел: рисунок строения стерт, граница между Т и В зонами фолликулов не прослеживается. Атрофия фолликулярной ткани. Антракоз лимфоузла. Печень: диффузная гиалиново-капельная дистрофия гепатоцитов, очаговая жировая. В области триад незначительный фиброз без перестройки, единичные лимфоциты. Полнокровие синусов, центральных вен. Почки: дистрофия, некробиоз и некроз клеток эпителия извитых канальцев. Наличие первичной мочи в клубочках. Неравномерное кровенаполнение. Лейкоцитарные тромбы в просветах отдельных сосудов. Умеренно выраженный фиброз стромы. Поджелудочная железа: участки жирового замещения. Очаги асептического панкреонекроза. Гиперемия сосудов. Селезенка: рисунок строения стерт. Фолликулы ареактивны. Полнокровие. Отложение гемосидерина очагового характера... Заключение: Микроморфологические признаки энцефалита (неуточненной этиологии). Отек головного мозга. Очаговая бронхопневмония (застойная). Отек легких...».

### **Заключение**

Таким образом, после изучения представленных материалов уголовного дела, медицинской документации, данных инструментальных методов исследования, гистологического архива от трупа гр-на А., комиссия экспертов пришла к следующим выводам:

Данные, отмеченные в представленных медицинских документах, в протоколе патологоанатомического вскрытия трупа гр-на А., результаты магнитно-резонансной томографии, а также результаты микроскопического исследования гистологического архива с кусочками внутренних органов от трупа гр-на А. в рамках проведения данной экспертизы позволяют сделать

вывод о том, что его смерть наступила от отека головного мозга, как осложнения, имевшегося у него энцефалита.

О конкретной причине (причинах) развития энцефалита у гр-на А., по имеющимся данным, судить не представляется возможным, поскольку в представленных медицинских документах и материалах на его имя не имеется каких-либо данных позволяющих это сделать.

Медицинская помощь, отмеченная в представленных медицинских документах на имя гр-на А., в соответствии с установленными ему диагнозами и его объективным состоянием оказывалась правильно, не явилась причиной ухудшения состояния здоровья и наступлением его смерти.

Смерть гр-на А. стоит в причинно-следственной связи с имевшимся у него заболеванием и не стоит в причинно-следственной связи с оказанной медицинской помощью, отмеченной в представленных медицинских документах на имя гр-на А.

На основании жалоб, анамнеза, объективных клинических данных, а также данных параклинических методов исследования диагнозов – «Энцефалопатия Крейтцфельда-Якоба с выраженными когнитивными нарушениями, выраженной мозжечковой атаксией», отмеченный в представленных медицинских документах на имя гр-на А., установлен правильно. Однако для подтверждения вышеуказанного диагноза необходимо иммуноферментное определение прионного белка в спинномозговой жидкости или проведение молекулярно-генетического исследования методом полимеразной цепной реакции гр-ну А., данных о которых в представленных материалах и медицинских документах на его имя не имеется.

Каких-либо данных свидетельствующих о причинении вреда здоровью оказанной медицинской помощью гр-ну А., в представленных материалах и медицинских документах на его имя, не имеется.

## Литература

1. Прионные инфекции (эпидемиология, клиника и диагностика): учебно-методическое пособие / Р.Р. Ахмерова [и др.] ; Астраханская гос. медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – Астрахань: АГМА, 2009. – 99 с.: ил.
2. Шитикова И.Е. Прионные болезни: клиника, диагностика и патологическая анатомия. Шитикова, Ирина Евгеньевна: автореферат диссертации кандидата медицинских наук: 14.00.13. – М., 1999. – 32 с.: ил.
3. Постановление от 15 декабря 2000 года № 15 «О мерах по предупреждению распространения болезни Крейтцфельда-Якоба на территории Российской Федерации».
4. Прионы и прионные болезни / В.И. Покровский, О.И. Киселев, Б.Л. Черкасский; Рос. акад. мед. наук. – М.: Изд-во РАМН, 2004. – 381 с.

## О МЕТОДОЛОГИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

*д.м.н., профессор В.Л. Попов*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург*

**Аннотация:** Материалы дела являются наиболее частым источником информации при проведении самых разнообразных судебно-медицинских экспертиз (живых лиц, трупов, вещественных доказательств). Иногда они являются единственными документами, на основании которых можно решать поставленные перед экспертом вопросы.

Методологии экспертизы по материалам дела уделяется недостаточное внимание.

В статье дается оригинальное определение понятия «материалы дела». Приводятся методические советы, необходимые при проведении этого вида экспертиз.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, материалы дела.

## ON THE METHODOLOGY OF FORENSIC EXAMINATION BASED ON CASE MATERIALS

*V.L. Popov*

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, Saint-Petersburg*

**Summary:** Case materials are the most common source of information when conducting a wide variety of forensic medical examinations (living persons, corpses, material evidence). Sometimes they are the only documents on the basis of which it is possible to resolve the questions posed to the expert.

The methodology of examination based on case materials is not given enough attention.

*The article provides an original definition of the concept of «case materials». Methodological advice is provided that is necessary when conducting this type of examination.*

**Keywords:** *forensic medical examination, case materials.*

Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела является широко распространенным видом судебной экспертизы.

В криминалистике материалы дела являются самостоятельным объектом, непосредственное исследование которого позволяет решать целый ряд специальных задач: определение подлинности документа, восстановление содержания исчезнувших, вытравленных, залитых посторонним красителем текстов и подписей, выявление примененного для этого способа искажения, дополнения или уничтожения текста или подписи и т.д.

Судебная медицина работает с различными материалами дела, в своем большинстве – документами, содержащими сведения о трех основных объектах судебно-медицинской экспертизы: живом человеке, трупе и вещественном доказательстве. В таких случаях судебные медики производят фактически не прямое (непосредственное) исследование, а опосредованное изучение указанных основных объектов.

В судебно-медицинской литературе нет однозначного мнения о материалах дела как самостоятельном объекте судебно-медицинской экспертизы. Большинство считают материалы дела четвертым объектом судебно-медицинской экспертизы [1–5]. Другие, находящиеся в явном меньшинстве, рассматривают их лишь как источник сведений, отраженных (описанных) другими предшествовавшими субъектами, причем, как специалистами, так и совершенно случайными наблюдателями [6–8].

Не проливает свет на содержание этого понятия и уголовно-процессуальный кодекс. Среди «основных понятий», приведенных в этом законе термин «материалы дела» отсутствует [9].

Не вторгаясь в сферу юридической науки, попытаемся дать определение этого понятия с позиции судебно-медицинской практики. Для этого вначале рассмотрим некоторые исходные положения.

Сведения, предоставляемые судебно-медицинскому эксперту в виде материалов дела, как правило, находятся на бумажных или электронных носителях (флеш-картах, дисках и т.п.).

Содержащиеся в материалах дела сведения необходимы для решения таких судебно-медицинских вопросов как: характеристики повреждений, отражающие свойства травмирующего предмета (повреждающего фактора), описание свойств самого травмирующего предмета, прижизненность, давность и механизм травматического воздействия, степень тяжести вреда здоровью, исходы клинического развития повреждения (выздоровление, инвалидизация, смерть и др.), правильность и своевременность диагностики, лечения и организации медицинской помощи, условия причинения повреждений, обстоятельств наступления смерти и мн.др.

Предоставляемые документы с выше приведенным содержанием достаточно разнообразны: от протоколов различных следственных действий (допросов свидетелей и других лиц, причастных к расследуемому событию, и иных следственных действий) до медицинских документов (амбулаторной карты, истории болезни, сопроводительного листа скорой медицинской помощи, результатов лабораторных и инструментальных исследований, протоколов исследования операционного материала и трупа, заключений и актов судебно-медицинского исследования трупа, обследования живого пострадавшего, протоколов патологоанатомических конференций, протоколов заседания комиссии по изучению летальных исходов и т.д.), протоколов осмотра места происшествия, транспортного средства, орудия травмы и др.

В целом ряде случаев следователь изымает и приобщает к расследуемому делу оригиналы таких объектов как биологический материал, удаленный в ходе хирургической операции, предполагаемые повреждающие

факторы (кастеты, нунчаки, острые предметы, огнестрельные снаряды и осколки взрывных устройств со следами биологического происхождения, электропроводники и т.д.), фотоснимки и видеоматериалы, аналоговые и компьютерные рентгенограммы, стоматологические слепки и протезы, извлеченные из тела инородные тела и др. Эти объекты нередко предоставляются для экспертного исследования после их оформления в качестве вещественных доказательств. В таких случаях они исследуются экспертами как самостоятельный объект – вещественное доказательство.

Как это очевидно из приведенного перечня довольно разнообразных по своей сущности материалов дела, они могут иметь различную доказательственную ценность.

В этом отношении их можно сгруппировать следующим образом:

а) материалы дела, содержащие первичную объективную информацию (медицинские документы о состоянии здоровья, результаты лабораторных и инструментальных медицинских исследований, описание состояния трупа, трупных явлений, зафиксированных на месте происшествия, сведения, полученные в ходе исследования трупа или живого человека судебными медиками или другими медицинскими специалистами и т.п.);

б) материалы дела, содержащие субъективную информацию неспециалистов, обычно – случайных свидетелей, об обстоятельствах происшествия;

в) материалы дела, отражающие результаты сравнительных следственных действий (протокол следственного эксперимента, протокол воспроизведения обстоятельств происшествия);

г) справочно-информационные материалы (специальная литература, Порядки, Стандарты, Протоколы, Клинические рекомендации и т.п.).

Приведенные фактические данные о материалах дела со всей очевидностью указывают на следующие характеристики, которые необходимо учитывать при формулировке понятия «материалы дела»:

- процессуальное закрепление;

- отношение к расследуемому происшествию;
- вещественная сущность материалов в виде документов и предметов.

**Материалы дела – процессуально закрепленные (оформленные) документы и предметы, относящиеся к расследованию конкретного правонарушения (преступления).**

Судебная медицина – наука сугубо прикладная, поэтому любые специальные теоретические суждения в этой дисциплине имеют значение только в том случае, если побуждают к определенным практическим рекомендациям. Последуем этому положению.

Некоторые методические советы по проведению судебно-медицинской экспертизы по материалам дела:

- ходатайствовать о целесообразности предоставлять эксперту реальные объекты (живого человека, операционный материал, оригиналы рентгенограмм, КТ, МРТ, УЗИ, ЭКГ, ЭЭГ и др.) для объективного непосредственного экспертного исследования; причину отказа в удовлетворении ходатайства включать в текст Заключения – *это позволит либо подтвердить одноименные результаты непосредственного исследования основного объекта (трупа, живого лица, вещественного доказательства) и записей в материалах дела о результатах предшествовавшего исследования того же объекта, либо, при наличии противоречий, дать соответствующую оценку причин выявленных несовпадений;*

- ходатайствовать о предоставлении официально заверенной расшифровки всех рукописных материалов дела (истории болезни, амбулаторной карты и т.п.), включая написанные «от руки» протоколы допросов) – *это позволит избежать ошибочных экспертных суждений из-за неправильного прочтения неразборчивых рукописных записей, особенно в медицинских документах;*

- включать в текст судебно-медицинского документа сведения из протоколов в форме цитирования («заковыченный» текст) – *это позволяет*

*показать органу или лицу, назначившему экспертизу, точность (достоверность) использованной экспертом информации, содержащейся в материалах дела;*

*- включать в судебно-медицинский документ только те сведения, которые необходимы для обоснования конкретных выводов – это позволяет органу или лицу, назначившему экспертизу, оценить отношение (относимость) использованной экспертом информации к решению конкретного вопроса и обоснованию конкретного вывода;*

*- цитирование того или иного документа из материалов дела оканчивать (завершать) кратким обобщающим судебно-медицинским резюме о том, какое судебно-медицинское значение имеют приведенные сведения (например: «Таким образом, как следует из такого-то протокола, гр-ну А причинено «ножевое» (колото-резаное) ранение передней брюшной стенки на уровне пупка, в направлении спереди назад, горизонтальным движением с вертикальной ориентацией плоскости клинка и лезвием вверх, ...)» – это позволяет органу или лицу, назначившему экспертизу, оценить полностью обобщенной экспертом информации по описанному факту (тому или иному эпизоду);*

*- включать в текст исследовательской части Заключения эксперта необходимые для последующего обоснования выводов справочно-информационные сведения (необходимые требования из документов, регламентирующих экспертную и иную медицинскую деятельность – Правил, Стандартов, Протоколов, Порядков, Клинических рекомендаций и т.д.; тактико-технические данные о повреждающем факторе; извлечения из тематической специальной литературы – это позволит органу или лицу, назначившему экспертизу, оценить конкретные действия проходящих по делу лиц соответствующим требованиям ведомственных нормативных документов.*

Как и любое судебно-медицинское исследование, экспертиза по материалам дела должна носить творческий характер, являясь побудителем

новых научных, аналитических, экспериментальных и ситуационных исследований.

Обращение к обсуждаемой проблеме наводит на мысль о целесообразности постоянного обсуждения специальных проблем судебно-медицинской экспертизы на страницах отраслевого профессионального журнала в рубриках «Обмен опытом» или «Дискуссионный клуб».

#### Выводы

1. Представлено оригинальное определение понятия «материалы дела», отсутствующее в нормативной и специальной судебно-медицинской литературе.

2. Представлен вариант сущностной группировки материалов дела, относящейся к производству судебно-медицинской экспертизы.

3. Обобщены эмпирически используемые в экспертной практике методические подходы к изучению и использованию материалов дела при производстве судебно-медицинской экспертизы, а также – значение реализации этих подходов для органа или лица, назначившего экспертизу.

#### Литература

1. Райский М.И. Судебная медицина. Учебник. М.: Медгиз, 1953, 468 с.
2. Смольянинов В.М., Татиев К.И., Черваков В.Ф. Учебник. М.: Медгиз, 1961, 400 с.
3. Судебная медицина. Учебник. – под ред. Прозоровского В.И. М.: «Юридическая литература», 1968, 368 с.
4. Судебная медицина. Учебник. – под ред. Крюкова В.Н. М.: Медицина, 1998, 461 с.
5. Акопов В.И. Судебная медицина. Учебник. М., Ростов-н/Д: Издательский центр «Март», 2003, 352 с.
6. Попов В.Л. Судебная медицина. Учебник. Л: изд. ВМедА, 1985, 313 с.
7. Попов В.Л. Методологические основы судебной медицины. Монография. СПб.: Издательство «Юридический центр», 2020, 360 с.
8. Попов В.Л., Макаров И.Ю., Тимерзянов М.И., Минаева П.В., Хромова А.М. Учебник. СПб, М, Казань: Издательство «Юридический центр», 2024, 538 с.
9. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации. Принят Государственной Думой 22.11.2001. Одобрен Советом Федерации 5.12.2001. Подписан Президентом Российской Федерации 18.12.2001.

## К ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ

*Е.И. Потеряйко<sup>1,3</sup>, И.В. Комарова<sup>1</sup>, д.м.н., профессор В.Д. Исаков<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ФБГОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>ФБГОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

**Аннотация:** При судебно-медицинском исследовании плодов и новорожденных младенцев перед экспертами стоит ряд особых вопросов, один из которых – сроки внутриутробного развития плода. Для решения этого вопроса в судебно-медицинской теории и практике имеется ряд надёжных признаков и критериев. Однако в случаях аномалий развития плодов ответ на указанный вопрос (как видно из приводимого примера) может вызывать существенные затруднения.

**Ключевые слова:** судебно-медицинское исследование, плод и новорожденный, продолжительность внутриутробной жизни, критерии определения.

## TO THE POSSIBILITY OF DETERMINING THE PERIOD OF INTRAUTERINE FETAL DEVELOPMENT IN MALFORMATIONS

*E.I. Poteryako<sup>1,3</sup>, I.V. Komarova<sup>1</sup>, V.D. Isakov<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Saint Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination, St. Petersburg

<sup>2</sup>FBGOU VO North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg

<sup>3</sup>St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg

**Summary:** In the forensic medical examination of fetuses and newborn infants, experts face a number of special issues, one of which is the timing of fetal development. There are a number of reliable signs and criteria for solving this issue in forensic theory and practice. However, in cases of fetal malformations, the answer to this question (as can be seen from the example given) can cause significant difficulties.

**Keywords:** forensic medical examination, fetus and newborn, duration of intrauterine life, criteria of definition.

При судебно-медицинском исследовании плодов и новорожденных младенцев перед экспертами стоит ряд особых вопросов, один из которых – продолжительность внутриутробной жизни.

В судебно-медицинской практике срок внутриутробного развития плода (новорождённого) определяют по длине тела. Согласно схеме Гаазе, если длина менее 25 см, из этой величины извлекают квадратный корень. При длине тела более 25 см – делят на 5. Вычисленное значение является количеством лунных месяцев внутриутробной жизни. При получении остатка – его считают показателем жизни в следующем месяце.

К дополнительным и относительным критериям для определения срока внутриутробной жизни относят длину пуповины и массу плаценты. Масса плаценты к концу 5-го лунного месяца составляет 175 г, к концу 6-го – 275 г, 7-го – 375 г, 8-го – 450 г и 9-го – 500 г. Длина пуповины к 7-му лунному месяцу составляет 42 см, к 8-му – 46 см, к 9-му – 47 см, 10-му – 50 см (по М.Г. Сердюкову) [1]. Также в специальной литературе упоминается определение срока по окружности головы: длину окружности делят на коэффициент 3,4 и получают число лунных месяцев внутриутробного развития [2, 3]. Как дополнительный критерий возможно использовать наличие ядер окостенения в нижнем эпифизе диаметром 0,5–0,6 см при сроке свыше 10 лунных месяцев.

Так как нередко на судебно-медицинское исследование плод направляется без плаценты и (или) с частью пуповины, а данные гинекологического (акушерского) анамнеза отсутствуют (мать ребенка не установлена или не состояла на учете по беременности), то единственным основанием, по которому может быть установлен срок внутриутробного развития, является длина плода. Но и по данному антропометрическому показателю определить срок бывает затруднительно.

Представляем случай из судебно-медицинской практики. У гражданки М., 18 лет произошли роды на дому мертвым плодом. Роженица с плодом были доставлены сначала в больницу общего профиля, а затем в Родильный дом. Со слов женщины, срок беременности составлял 31 неделю. Следствием труп ребенка был направлен на комиссионное судебно-медицинское исследование.

Согласно предоставленным медицинским документам оказалось, что женщина на учете по беременности не состояла. Однократно обращалась в негосударственный медицинский центр на 25/26 неделе беременности, где в результате УЗИ органов малого таза у плода выявлена *«аномалия развития верхней конечности (головы, шеи, спины)»*. Рекомендована консультация в медико-генетическом центре.

За 4 дня до родов госпитализирована в Родильный дом с жалобами на тянущие боли внизу живота. По результатам обследования установлен клинический диагноз: *«Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности. Беременность 30 4/7 нед. Угрожающие преждевременные роды. Тазовое предлежание плода. ВПР плода (скелетная дисплазия, варусная деформация стоп). Многоводие»*. При ультразвуковом исследовании заподозрено: *«Синдром укорочения ребер? См. Жёна?»*. Наличие каких-либо соматических заболеваний, инфекций, вредных привычек, а также употребление лекарственных препаратов в I триместре М. отрицала. Выписана в связи с отказом от пребывания в стационаре под наблюдение женской консультации.

При судебно-медицинском (в том числе лабораторном и рентгенологическом) исследовании плода установлено: плод женского пола длиной тела 27 см, массой 918 г., непропорционального телосложения с деформацией оси позвоночника и наличием лордоза в верхне-центральных отделах и S-сколиотической деформацией на всем протяжении. По задней поверхности тела отмечается укорочение позвоночника. Голова неправильной формы, резко запрокинута назад, наклон вперед невозможен за счет плотного сращения мягких тканей задней поверхности шеи и спины, мягкие ткани лица переходят в мягкие ткани надплечий и груди, шея не дифференцируется. Грудная клетка уплощена, межреберные промежутки выражены. При вытягивании нижних конечностей отмечается резкое опущение живота, нижняя граница которого доходит до средней трети бедер, пальцы стоп «веерообразно» расходятся.

Затылочная кость недоразвита с увеличенным большим затылочным отверстием и формированием единого открытого спинномозгового канала, позвоночник представлен костно-хрящевым фрагментом размерами 6,5х3,0 см, без четкой дифференцировки на шейный, грудной, поясничный и крестцовый отделы. В структуре позвонков тела, дуги, отростки отчетливо не определяются, спинномозговой канал не зарощён, с поверхности покрыт полупрозрачной оболочкой, нижние рёбра доходят до гребней подвздошных костей за счет расширения их тел и объединяют грудную и брюшную полости.

При судебно-химическом исследовании крови, печени, почки, тонкого кишечника обнаружен кофеин, другие лекарственные, а также наркотические вещества, этиловый спирт в крови и внутренних органах не выявлены.

Установлено, что внутриутробная гибель плода наступила вследствие множественных пороков развития центральной нервной системы с развитием гипоксии и аспирацией околоплодных вод.

Описанные особенности плода соответствовали такой аномалии развития как инциэнцефалия\*.

---

*\*Это редко встречающийся порок развития нервной трубки, который характеризуется дефектом затылочной кости, деформацией позвоночника, запрокидыванием головы назад (ретрофлексия). Происхождение названия порока связано с древнегреческим словом *ivion*, которое означает «затылок», «затылочная кость». Впервые данный порок был описан в 1836 году Этьеном Жоффруа Сент-Илером. Частота инциэнцефалии составляет от 1 на 1000 до менее 1 на 100 000 родов. У женского пола встречаемость чаще, чем у мужского (по справочным данным в 4–10 раз). После рождения ребенка с данной аномалией риск рецидива у женщины составляет от 1 до 5 %. Есть два типа данного порока развития. Первый – открытая инциэнцефалия, при котором отмечается энцефалоцеле. Второй – закрытая инциэнцефалия, когда энцефалоцеле отсутствует. Диагностировать инциэнцефалию можно при ультрасонографии, начиная со 2-го триместра. Также одним из методов диагностики является МРТ. Определяемые в пренатальном скрининге концентрации сывороточных маркеров, указывающих на дефекты нервной трубки, могут быть изменены. При данной аномалии отмечаются: дефицит затылочной кости с увеличением большого затылочного отверстия, ретрофлексия шейного отдела позвоночника, короткий позвоночник (за счет сращения деформированных позвонков). Часто сочетается с другими пороками развития, в том числе, ЦНС (микроцефалия, гидроцефалия, голопроэнцефалия, дефекты задней*

*ямки и позвоночника, циклопия, расщепление тканей губы и неба, диафрагмальная грыжа, деформация грудной клетки, бронхогенная киста, единственная пупочная артерия, пороки сердца, атрезия ануса, пороки развития мочеполовой системы, омфалоцеле, косополость) [4].*

Длина тела плода соответствовала сроку внутриутробного развития 22–24 недели. Но из-за диспропорционального строения тела, отсутствия дополнительных критериев (масса плаценты, длина пуповины, данные гинекологического наблюдения с ранних сроков беременности) точно ответить на вопрос о сроке внутриутробного развития оказалось невозможным.

Таким образом, данный пример демонстрирует, что в судебно-медицинской практике возможны случаи, когда (даже при детальном комиссионном исследовании) ответ на вопрос о длительности внутриутробной жизни плода (новорожденного младенца) может носить только вероятный характер.

### **Литература**

1. Сердюков М.Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. – М., Медицина. – 1964. – 293 с.
2. Экспертиза трупов плодов и новорождённых: Методические рекомендации / Колкутин В.В., Кира Е.Ф., Баринов Е.Х. и др. — М.: РЦСМЭ, 2002. – 66 с.
3. Качина Н.Н., Кильдюшов Е.М. Судебно-медицинская экспертиза (исследование) трупов плодов и новорожденных: Учебное пособие. — Москва: ООО Фирма «Светотон ЛТД», 2003. – 124 с.
4. D. Nemescu. Трехмерное ультразвуковое сканирование в диагностике миниецефалии. Отделение акушерства и гинекологии, Колледж медицины и фармации, Университет Лази, Румыния. Журнал: Sono Ace International. – 2020; № 10: 36–41.

# **АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ, ПРОВЕДЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА В ГБУЗ АО «АМУРСКОЕ БЮРО СМЭ» В 2022-2024 гг.**

*к.м.н. А.Л. Пушкина*

*ГБУЗ АО «Амурское бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Благовещенск*

**Аннотация:** Одним из направлений в деятельности отделения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела является проведение экспертиз, назначенных в рамках гражданского производства, которые отличаются большим разнообразием, необходимостью соотносить пределы компетенции экспертов, ориентироваться в соответствующих нормативно-правовых актах, определяющих деятельность медицинских организаций и медицинских работников. В статье представлен анализ проведенных экспертиз, которые систематизированы в 3 группы, исходя из поводов их назначения – по «врачебным делам», «споры о страховом случае», «определение состояния здоровья».

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза по материалам гражданских дел, ненадлежащее исполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, страховой случай, состояние здоровья, последствия травм, возмещение морального вреда и материального ущерба.

## **ANALYSIS OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS BASED ON MATERIALS OF CIVIL CASES IN THE AMUR BUREAU OF MEDICAL EXAMINATION IN 2022-2024**

*A.L. Pushkina*

*State Budgetary Healthcare Institution of the Amur Region «Amur Bureau of Forensic Medicine Examination», Blagoveshchensk*

**Summary:** One of the activities of the department of forensic medical examination based on case materials is the conduct of examinations appointed in the framework of civil proceedings, which are very diverse, the need to correlate the limits of the competence of experts, to navigate the relevant regulatory legal acts defining the activities of medical organizations and medical professionals. The article presents an analysis of behavioral examinations, which are systematized into 3 groups, based on the reasons for their appointment – for «medical cases», «disputes about an insured event», «determining the state of health».

**Keywords:** forensic medical examination based on the materials of civil cases, improper performance by medical workers of their professional duties, insured event, state of health, consequences of injuries, compensation for moral damage and material damage.

Комиссионные и комплексные судебно-медицинские экспертизы (КСМЭ) могут быть назначены в рамках уголовного, гражданского, административного, арбитражного судопроизводства в случаях необходимости применения специальных познаний в области медицины,

когда проведение судебно-медицинской экспертизы будет способствовать правильному и своевременному рассмотрению и разрешению судом дела по существу. Основное количество данных экспертиз приходится на гражданское судопроизводство.

КСМЭ по материалам гражданских дел проводятся в отделении судебно-медицинской экспертизы по материалам дела (бывший отдел сложных экспертиз) ГБУЗ АО «Амурское бюро СМЭ» на возмездной основе, с привлечением не состоящих в штате бюро специалистов соответствующего медицинским обстоятельствам профиля. Отделение состоит из 3-х экспертов, один из которых работает по совмещению, загруженность экспертов ограничивает возможность расширения производства данного вида экспертиз при наличии всё увеличивающегося количества запросов.

В 2022 году в ГБУЗ АО «Амурское бюро СМЭ» было выполнено 16 КСМЭ по гражданским делам (из общего числа 112 экспертиз), в 2023 году – 18 (из 128), в 2024 году 15 (из 100). В среднем, 40% назначенных экспертиз приходится на суды Амурской области, 60% суды других регионов.

Основными поводами для назначения КСМЭ по гражданским делам являлись ненадлежащее исполнение медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, что обозначено как экспертизы 1-го типа, споры о признании/отказе страхового случая – 2-го типа, о состоянии здоровья (наличии или отсутствии того или иного заболевания, последствий травм, установление показаний для оперативного вмешательства, санаторно-курортного лечения, назначения лекарственных препаратов и т.п.) – 3-го типа. Распределение экспертиз, исходя из поводов к их назначению, показано в Таблице 1.

**Таблица 1.** Количество выполненных экспертиз 1-го, 2-го и 3-го типа в 2022–2024 гг.

| Год  | Экспертизы 1-го типа | Экспертизы 2-го типа | Экспертизы 3-го типа |
|------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 2022 | 10                   | 1                    | 5                    |
| 2023 | 14                   | 2                    | 2                    |
| 2024 | 9                    | 3                    | 3                    |

Как видно из Таблицы 1, наибольшее число приходится на так называемые, экспертизы по «врачебным делам» – 1-го типа. Основной целью подготовительного этапа является максимально полный сбор всех необходимых для обоснования выводов объектов исследования, что особенно важно в случаях, когда усматриваются противоречия в представленных объектах исследования. Распределение экспертиз по основному профилю оказания медицинской помощи показано в Таблице 2.

**Таблица 2.** Распределение экспертиз по основному профилю оказания медицинской помощи в 2022–2024 гг.

| Профиль ОМП/год          | 2022 | 2023 | 2024 |
|--------------------------|------|------|------|
| Хирургия                 | -    | 4    | 4    |
| Травматология            | -    | 1    | 1    |
| Инфекционные болезни     | 1    | 2    | -    |
| Стоматология             | 2    | 1    | -    |
| Акушерство и гинекология | 2    | 1    | 2    |
| УЗ-диагностика           | -    | 1    | -    |
| Терапия                  | 2    | 4    | 2    |
| Онкология                | 2    | -    | -    |
| Педиатрия                | -    | 1    | -    |

Медицинская помощь оценивалась по следующим категориям: «недостатки медицинской помощи установлены/не установлены», «неблагоприятный исход имеется/не имеется», «прямая причинная связь между недостатками медицинской помощи и неблагоприятным исходом установлена/не установлена», В случаях, когда эксперты приходили к выводу, что «недостатки медицинской помощи способствовали неблагоприятному исходу, не позволили реализовать возможность благоприятного исхода», об этом так же указывалось в выводах. Как видно из Таблицы 3, причинная связь в той или иной форме была установлена в большинстве случаев.

**Таблица 3.** Результаты оценки медицинской помощи в экспертизах по «врачебным делам» в 2022–2024 гг.

| Год, кол-во экспертиз по «врачебным делам» | Выводы                                 |                                    |                                                            |                                |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                            | Наличие недостатков медицинской помощи | Установлена прямая причинная связь | Установлены «способствующие» недостатки медицинской помощи | Причинная связь не установлена |
| 2022<br>10 экспертиз                       | 7                                      | 4                                  | 1                                                          | 2                              |
| 2023<br>15 экспертиз                       | 11                                     | 3                                  | 6                                                          | 2                              |
| 2024<br>9 экспертиз                        | 8                                      | -                                  | 5                                                          | 3                              |

2-й тип экспертиз – экспертизы по материалам гражданских дел, в которых предметом спора является установление события страховым случаем. В суд с исковыми требованиями обращалась как страховая организация (о признании недействительным договора страхования), так и застрахованное лицо (о взыскании суммы страхового возмещения, штрафа, судебных расходов). Задача КСМЭ по представленным документам установить правильный диагноз, давность заболевания, определить какое заболевание явилось основанием для установления застрахованному лицу 1 или 2 группы инвалидности, определить причину смерти и ее связь с имевшимися заболеваниями. Выводы экспертов помогают суду определить, является ли событие страховым случаем, что, в свою очередь, приводит к удовлетворению исковых требований одной из сторон. Для решения поставленных вопросов большое значение имеет тщательное изучение и оценка анамнестических медицинских данных, пополнение объектов исследования результатами дополнительных методов, медицинскими картами прошлых лет; обоснование основного заболевания, его осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний. Обязательно запрашивается «Протокол проведения медико-социальной экспертизы гражданина», при необходимости в состав комиссии включается специалист в области медико-социальной экспертизы. Примерно в половине случаев приходилось наблюдать, когда застрахованное лицо не сообщает страховой организации о

наличии хронических заболеваний, диагностированных до заключения договора страхования (сахарный диабет, онкологические заболевания, вирусный гепатит С и прочие) и требует страховое возмещение по поводу 1 или 2 группы инвалидности, установленной на основании вышеуказанных заболеваний и их осложнений. В остальных случаях комиссии экспертов удалось доказать, что заболевания, ставшие основанием для установления инвалидности, или явившиеся причиной смерти были впервые диагностированы в период действия договора страхования.

Экспертизы 3-го типа, касающиеся определения показаний для оперативного вмешательства, санаторно-курортного лечения, приобретения лекарственных препаратов и т.п. назначаются, как правило, в рамках гражданских дел о компенсации морального вреда, причинённого здоровью в результате ДТП, в результате нанесения телесных повреждений при различных обстоятельствах, возмещения материального ущерба в виде расходов, понесенных на обследование, лечение, и т.п. Как правило, удается обосновать только часть исковых требований, так как заинтересованные лица в общую массу помещают не имеющие отношения к ситуации медицинские и финансовые документы. Вопросы о необходимости приобретенных лекарственных средств, санаторно-курортного лечения и т.п. часто ставятся в рамках других экспертиз, например, связанных с оказанием медицинской помощи. Вышеуказанные экспертизы отличаются трудоемкостью и значительными временными затратами, что связано с большим объемом работы по изучению и оценке представленных за несколько лет чеков, договоров о возмездном оказании услуг, результатов обследований, врачебных назначений, оценкой нуждаемости в том или ином виде медицинской помощи (доврачебной, первичной медико-санитарной, специализированной, высокотехнологичной, санаторно-курортного лечения, нуждаемости в тех или иных средствах реабилитации), оказанной как за счет средств ОМС, так и собственных средств пациента.

В эту же группу входят экспертизы «о наличии или отсутствии заболевания, последствий травм», экспертизы по материалам дел, связанных с взысканием утраченного заработка, расходов связанных с лечением, компенсации морального вреда в случаях производственных травм; однажды встретилось дело по исковому заявлению о признании ответчика утратившим право пользования жилым помещением. Наиболее часто перед экспертами ставились вопросы о степени тяжести вреда здоровью на момент проведения судебно-медицинской экспертизы, о причинной связи последствий травмы или заболевания с полученной производственной травмой, о том, являются ли данные нарушения временными или необратимыми, могут ли быть излечены, являются ли они следствием нарушения назначенного курса лечения со стороны работника, является ли неблагоприятный исход следствием дефектов оказания медицинской помощи, нуждается ли работник в дальнейшем лечении и реабилитации и т.п. Часто вопросы носят избыточный характер, не входят в компетенцию судебно-экспертной комиссии, примером могут быть следующие: «определить степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах в результате несчастного случая на производстве», «определить имеется ли у N нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты (инвалидность) в связи с травмой, полученной в результате несчастного случая на производстве, в случае наличия таких нарушений определить группу инвалидности», «был ли признан N годным к работе в результате проведенной медицинской комиссии? Если да, то мог ли он выполнять работу арматурщика?» и т.п.

Один раз была проведена КСМЭ по делу по исковому заявлению о признании ответчика утратившим право пользования жилым помещением; истица мотивировала свой иск тем, что ответчик имеет заболевание, которое не позволяет проживать ответчику с другими собственниками вместе на одной жилой площади в соответствии с «Перечнем тяжелых форм

хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире, утвержденным Приказом Минздрава РФ от 29.11.2012 года № 987н». Эксперты установили, что противопоказания со стороны здоровья ответчика для совместного проживания не установлены.

Основанием для отказа в проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам является их назначение судом без учета профиля деятельности бюро СМЭ (медицинская деятельность по работе (услуге) судебно-медицинская экспертиза). В соответствии со ст. 58 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в Российской Федерации проводятся следующие виды медицинских экспертиз: 1) экспертиза временной нетрудоспособности; 2) медико-социальная экспертиза; 3) военно-врачебная экспертиза; 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы; 5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией; 6) экспертиза качества медицинской помощи [1].

В случае, когда судом назначается экспертиза, по сути вопросов относящаяся к одному из вышеуказанных видов экспертиз (исключая 4-й вид, первое наименование), но названная судом «судебно-медицинская экспертиза», оформляется отказ, так как поставленные вопросы не входят в компетенцию судебно-медицинских экспертов. Данного вида экспертизы проводятся в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей, в том числе, выполнение вышеуказанных работ (услуг). Так же отказ оформляется, когда суд (чаще в рамках административного производства) назначает экспертизу по делу по заявлению осужденного, несогласного с решением МСЧ ФСИН об отказе в освобождении от отбывания наказания в связи с болезнью [2].

Таким образом, одним из направлений в деятельности отделения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела является проведение экспертиз, назначенных в рамках гражданского производства, которые

отличаются большим разнообразием, необходимостью соотносить пределы компетенции экспертов, ориентироваться в соответствующих нормативно-правовых актах, определяющих деятельность медицинских организаций и медицинских работников, в рамках государственной судебно-экспертной деятельности, программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, основных положений уголовно-процессуального, уголовного, гражданского процессуального и гражданского, административного законодательства Российской Федерации о порядке производства судебно-медицинской экспертизы и соблюдать их положения [3].

### **Литература**

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2004 г. № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью».
3. Профессиональный стандарт «Врач – судебно-медицинский эксперт». Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 года № 144н.

# ЗНАЧЕНИЕ ПОВТОРНОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛАМ О НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

к.м.н. А.Л. Пушкина<sup>1</sup>, д.м.н., профессор И.Ю. Макаров<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ АО «Амурское бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Благовещенск

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Благовещенск

**Аннотация:** Повторное гистологическое исследование в рамках комиссионной судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовного дела позволило правильно определить актуальную причину смерти в условиях недостаточной и не соответствующей объективным данным информации, содержащейся в медицинских документах. В результате были выявлены дефекты оказания медицинской помощи, установлена причинная связь между ними и смертью пациента, что повлекло уголовную ответственность в отношении лечащего врача.

**Ключевые слова:** Синдром Лайелла, токсический эпидермальный некролиз, комиссионная судебно-медицинская экспертиза, гистологическое исследование, ненадлежащее оказание медицинской помощи, уголовная ответственность.

## THE IMPORTANCE OF REPEATED HISTODIAGNOSIS FOR IDENTIFYING DEFICIENCIES IN MEDICAL CARE

A. L. Pushkina<sup>1</sup>, I.Y. Makarov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>State Budgetary Healthcare Institution of the Amur Region «Amur Bureau of Forensic Medicine», Blagoveshchensk

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Blagoveshchensk

**Summary:** Repeated histodiagnosis within the framework of the commission forensic medical examination based on the materials of the criminal case made it possible to correctly determine the actual cause of death in conditions of insufficient and not corresponding to objective data information contained in medical documents. As a result, defects in the provision of medical care, a causal relationship between them and the death of the patient were identified, which led to criminal liability against the attending physician.

**Keywords:** Lyell's syndrome, toxic epidermal necrolysis, commission forensic medical examination, histodiagnosis, deficiencies in medical care, criminal liability.

Ненадлежащим оказанием медицинской помощи называют действия (бездействие) медицинских работников, не отвечающие установленным положениям медицинской науки и практики, принятым правовым нормам, медицинским правилам [1].

Для установления факта ненадлежащего оказания медицинской помощи на основании постановления (определения) судебно-следственных

органов о назначении экспертизы проводится комиссия судебно-медицинская экспертиза. В рамках данной экспертизы определяется сущность заболевания и неблагоприятного исхода, оценивается правильность, полнота, своевременность оказания медицинской помощи, устанавливаются ее недостатки, причинная связь между недостатками оказания медицинской помощи и неблагоприятным исходом, а так же и степень тяжести вреда здоровью.

Одной из первоначальных основных задач комиссии экспертов является определение основного заболевания, его осложнений и причины смерти. Для обеспечения объективности выводов в рамках вышеназванных экспертиз во всех случаях необходимо запрашивать гистологические стекла (биопсия, операционный материал, трупный материал). В условиях, когда медицинские документы подвергаются многочисленным «переделкам» и исправлениям, записи врачей малоинформативны, не отражают динамику клинической ситуации, идут вразрез с другими доказательствами (показаниями пациента, родственников), отсутствуют необходимые результаты прижизненных лабораторных, инструментальных методов исследования, а данные из протокола патологоанатомического вскрытия трупа противоречат прижизненным медицинским сведениям и обстоятельствам дела, ретроспективный анализ является основным методом анализа медицинской помощи. Повторное исследование гистологических стекол при проведении комиссионных экспертиз по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи часто приводит к изменению в диагнозе основного заболевания, его осложнений и причины смерти, что существенно меняет всю ситуацию в целом в рамках юридической оценки действий медицинских работников.

В качестве иллюстрации важности повторного исследования гистологических стекол при ретроспективном анализе медицинской помощи приводим следующий пример. Случай будет интересен не только судебно-медицинским экспертам и патологоанатомам, но и врачам-клиницистам как

демонстрация важности качественного динамического наблюдения за состоянием пациента и возможности осложнений в виде фатального кровотечения после купирования острого периода синдрома Лайелла.

Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз, ТЭН) – острая тяжелая, угрожающая жизни аллергическая реакция, характеризующаяся буллезными поражениями кожи и слизистых оболочек, эпидермальным некролизом и эксфолиацией кожи в сочетании с выраженной интоксикацией и нарушением функции всех органов и систем [2]. В «поздней» фазе, после купирования острого периода, возможны различные осложнения, в том числе, желудочно-кишечные кровотечения, которые могут иметь фатальное значение в случае неадекватного наблюдения за пациентом. О применении лекарств сообщается более чем у 95% больных с ТЭН. Устойчивая связь между приемом лекарства и развитием кожного высыпания наблюдается в 80% случаев. Наиболее часто участвующие лекарства главным образом включают в себя антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты и антиконвульсанты [3]. Средний уровень смертности при ТЭН – 25–35%; у пожилых пациентов и пациентов с большой площадью отслойки эпидермиса он может быть еще выше. Более 50% пациентов выживают, 10 из них страдают от отдаленных последствий заболевания [4].

Гр. И., 37 лет, находился в специализированном отделении стационара 3-го уровня с диагнозом «Синдром Лайелла». Незадолго до возникновения клинических проявлений длительное время употреблял нестероидные противовоспалительные средства. В результате лечения острый период синдрома Лайелла был купирован, раны на коже практически эпителизировались, функция почек нормализовалась, прогноз был расценен как благоприятный, даны рекомендации по дальнейшему лечению в условиях стационара по месту жительства. В стационаре 1 уровня состояние пациента резко ухудшилось, причина этого своевременно не установлена, в результате чего наступила смерть. Записи в медицинской карте и результаты

лабораторной диагностики были крайне малоинформативны и вызывали сомнение в их достоверности. Причиной смерти гр. И. после вскрытия трупа указана «полиорганная недостаточность как осложнение синдрома Лайелла», подтверждением чего явились результаты первичного гистологического исследования «некробиотические изменения в паренхиматозных органах (сердце, печени, легких), некротические поражения почек, надпочечников». Данные протокола патологоанатомического вскрытия трупа гр. И. и патологоанатомический диагноз не соответствовали результатам повторного исследования гистологических стекол с микропрепаратами внутренних органов, стенка кишечника как микропрепарат отсутствовала (не представлена). При повторном исследовании гистологических стекол в рамках комиссионной экспертизы были выявлены признаки резкого малокровия во всех исследованных органах, что характерно для массивной кровопотери. В протоколе вскрытия трупа сведения, объясняющие причину малокровия, выявленного при повторном исследовании гистологических стекол, не отражены, в патологоанатомический диагноз состояние кровопотери не включено.

Судебно-медицинская экспертная комиссия пришла к выводу, что непосредственной причиной смерти гр. И. явилась массивная кровопотеря неустановленной этиологии, наиболее вероятно, вследствие желудочно-кишечного кровотечения, которое могло возникнуть из эрозий, язв слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта как проявление синдрома Лайелла и на фоне приема больших доз глюкокортикоидов. Признаков наружного кровотечения, судя по данным материалов уголовного дела, не имелось, что позволило исключить это как причину кровопотери. Было установлено, что в течение 2-х суток в отношении гр. И. в стационаре 1-го уровня имело место ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей лечащим врачом, выразившееся в отсутствии динамического наблюдения за состоянием пациента, ввиду чего своевременно не было диагностировано и купировано кровотечение, объем циркулирующей крови не восполнен,

пациент с опозданием в терминальном состоянии был транспортирован в стационар 2-го уровня, что привело к смерти пациента, то есть между недостатками оказания медицинской помощи и смертью гр. И., имеется прямая причинно-следственная связь.

Таким образом, после повторного гистологического исследования микропрепаратов внутренних органов трупа непосредственная причина смерти была изменена, что привело к совершенно иной интерпретации действий медицинских работников, оказывающих помощь гр. И.

Судебно-медицинская экспертиза в качестве доказательства была положена в основу обвинительного заключения как итога предварительного расследования, уголовное дело направлено в суд. Судом установлена вина лечащего врача стационара 1-го уровня в преступлении, предусмотренном ч. 2 ст. 109 УК РФ в том, что врач причинил смерть по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей; судом назначено наказание в виде двух лет ограничения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью на срок шесть месяцев. С учреждения здравоохранения взысканы денежные суммы в счет компенсации материального и морального вреда потерпевшей (жене пациента).

## **Литература**

1. Методика проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела. Методические рекомендации. – Москва: 2024.
2. Тузлукова Е.Б. Фармакотерапия аллергических заболеваний // Аллергология и иммунология: национальное руководство /под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – Гл. 3. –С. 71–121.
3. Григорьев Д.В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла – современная трактовка проблемы // Русский медицинский журнал. – 2013. – № 22. – С.1073-1083.
4. Harr T., French L.E. Toxic epidermal necrolysis and StevensJohnson syndrome // Orphanet Journal of Rare Diseases. – 2010. – № 5. – P. 39-40.

## ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ ПОРЯДОК ПОРУЧЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗ ЛИЦАМ, НЕ ЯВЛЯЮЩИМСЯ СОТРУДНИКАМИ ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ

к.ю.н. Ю.Б. Самойлова<sup>1</sup>, к.м.н., доцент А.Ю. Пайков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ростовский филиал Санкт-Петербургской академии Следственного комитета,  
Ростов-на-Дону

<sup>2</sup>Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России,  
Ростов-на-Дону

**Аннотация:** Судебно-медицинская экспертиза является одним из ключевых доказательств по уголовным делам о причинении вреда здоровью, смерти человека. При этом для ее производства нередко привлекаются высококвалифицированные специалисты определенной области медицины, которые не являются сотрудниками экспертных учреждений. Проведенный анализ судебных решений позволил выявить различные подходы правоприменителей к процессуальному порядку вовлечения таких экспертов в уголовное судопроизводство. Сделан вывод о необходимости законодательного закрепления необходимости указания в постановлении о назначении экспертизы данных о таком эксперте, а также разъяснении ему прав, обязанностей и ответственности лицом, назначившим судебную экспертизу.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, врач, специалист узкой области знаний, процессуальный порядок назначения судебной экспертизы.

## PROCEDURAL PROCEDURE FOR ASSIGNING EXPERT EXAMINATIONS TO PERSONS WHO ARE NOT EMPLOYEES OF EXPERT INSTITUTIONS: CONTROVERSIAL ISSUES OF LAW ENFORCEMENT

Y.B. Samoilova<sup>1</sup>, A.Y. Paikov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rostov branch Saint Petersburg Academy of the Investigative Committee of the Russian Federation, Rostov-on-Don

<sup>2</sup>Rostov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Rostov-on-Don

**Summary:** Forensic medical examination is one of the key evidence in criminal cases of harm to health, death of a person. At the same time, highly qualified specialists of a certain field of medicine who are not employees of expert institutions are often involved in its production. The analysis of court decisions made it possible to identify various approaches of law enforcement officers to the procedural procedure for involving such experts in criminal proceedings. It was concluded that it was necessary to legislatively consolidate the need to indicate in the decree on the appointment of an examination of data on such an expert, as well as to clarify his rights, obligations and responsibilities by the person who appointed the forensic examination.

**Keywords:** forensic medical examination, doctor, specialist in a narrow field of knowledge, procedural procedure for appointing a forensic examination.

Актуальность предложенной в данной публикации темы обусловлена следующим. Изучение судебной практики расследования преступлений, в результате совершения которых был причинен вред здоровью, смерть человека, свидетельствует, что нередко к участию в производстве судебно-медицинской экспертизы привлекались врачи, научные работники, профессорско-преподавательский состав высших учебных заведений, являющиеся специалистами узкой области знаний. Для удобства в данной публикации будем всех их обозначать как специалисты узкой области медицинских знаний. При пренебрежении же необходимостью их участия в производстве экспертизы имеются примеры отмены приговора, что, безусловно, не способствует процессуальной экономии. Так, был отменен приговор по факту убийства матерью новорожденного ребенка в связи с тем, что как на предварительном следствии, так и судами первой и апелляционной инстанции ходатайства стороны защиты о проведении указанной экспертизы с привлечением специалистов в области акушерства и гинекологии, были проигнорированы [1].

Помимо организационных сложностей привлечения таких экспертов к проведению экспертизы, обусловленных в том числе оплатой их труда, возникают вопросы процессуальные. В свете сказанного авторы поставили цель проанализировать положения уголовно-процессуального закона, касающиеся назначения и производства судебных экспертиз, и на их основе выработать рекомендации по процессуальному порядку включения специалиста, не являющегося сотрудником экспертного учреждения, в состав комиссии экспертов.

Материалами исследования послужили положения Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации, федерального закона от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 22.07.2024) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (далее – федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ), решения судов общей юрисдикции. Методы исследования – анализ и синтез, толкования, формально-логический.

Судебная практика свидетельствует о том, что к участию в уголовном деле специалисты узкой области медицинских знаний не только привлекались в качестве экспертов (их включали в комиссию экспертов по назначенной судебно-медицинской экспертизе). Кроме этого, такие лица допускались к участию в деле в качестве специалистов (их допрашивали на стадии предварительного следствия, в суде), они проводили исследования по запросу стороны защиты. Авторы не ставили задачу исследовать вопросы таких доказательств как заключение и показания специалиста. Стоит только отметить, что суды преимущественно не учитывают результаты исследования, проведенные по запросу адвоката, ссылаясь на тот факт, что они получены не процессуальным путем, «с нарушением порядка участия эксперта и специалиста в уголовном судопроизводстве, без предупреждения последних об уголовной ответственности по ст. 307 УК РФ» [2].

Отсутствие в уголовно-процессуальном законе четко прописанной процедуры вовлечения специалистов узкой области медицинских знаний в уголовное судопроизводство приводит к различным подходам правоприменителей. Об этом свидетельствует практика, нашедшая свое отражение в изученных судебных решениях, имеющихся в свободном доступе СПС «КонсультантПлюс».

Во-первых, отметим, некоторые практические работники полагают, что «постановление следователя о назначении экспертизы допускает возможность привлечения к проведению исследования иных лиц» [3]. Другие считают, что в постановлении может быть указано на возможность привлечения к производству экспертизы других лиц, но разъяснять права, обязанности и предупреждать об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения должны также лица, назначившие экспертизу [4].

Примечателен и такой пример. В приговоре Ленинского районного суда г. Пензы 2021 года имеется ссылка на сообщение руководителя государственного бюро судебно-медицинской экспертизы о том, что с

экспертами было проведено рабочее совещание, на котором было строго указано в спорных ситуациях привлекать узких специалистов для производства экспертиз. Суд признал допустимым доказательством заключение экспертов, в том числе с участием узкого специалиста врача-хирурга [5]. В дальнейшем Пензенский областной суд [6], а затем и Первый кассационный суд общей юрисдикции [7] указали, что привлечение врача-специалиста узкого профиля, что следует из письма руководителя экспертного учреждения, не противоречит действующим положениям, рекомендациям и уголовно-процессуальному закону.

Действительно, в рассматриваемой ситуации экспертиза производится в экспертном учреждении, но взаимоотношения «внештатного» специалиста выходят за рамки ч. 2 ст. 199 УПК РФ, поскольку руководитель экспертного учреждения, согласно этой норме, поручает производство судебной экспертизы конкретному эксперту или нескольким экспертам только «из числа работников данного учреждения».

Исходя из буквального толкования нормы, за рамками регулирования осталось включение в комиссию экспертов лиц, не являющихся сотрудниками экспертного учреждения. Поэтому такие лица становятся экспертами, в том числе в составе экспертной комиссии наряду с сотрудниками государственных экспертных учреждений, будучи указанными в постановлении о назначении судебной экспертизы [8].

Рассмотрим пример, по уголовному делу об умышленном причинении тяжкого вреда здоровью, сторона защиты приводила в качестве доводов признания заключения экспертов недопустимым доказательством привлечение к производству экспертизы врача-рентгенолога руководителем экспертного учреждения, и разъяснение прав, обязанностей и ответственности руководителем врачу, не являющемуся сотрудником экспертного учреждения. Районный суд г. Ярославля в приговоре от 02.10.2023 признал заключение экспертов допустимым доказательством, отметив, что каких-либо запретов привлекать к работе экспертного

учреждения лиц, обладающих специальными познаниями в той или иной сфере, уголовно-процессуальный либо иной закон не содержат [9].

Апелляционная инстанция оставила данный приговор без изменения. Ярославский областной суд при этом не усмотрел нарушений закона при назначении экспертизы, так как эксперт была привлечена к проведению исследований «...на основании постановления следователя о назначении экспертизы от 13.01.2023 г., в котором следователем прямо указано на назначение комиссионной медицинской судебной экспертизы с включением в состав комиссии врача-рентгенолога, не являющегося штатным сотрудником ГУЗ <...>, производство экспертизы следователем поручено ГУЗ <...>, также следователем поручено заведующему ГУЗ <...> разъяснить эксперту положения ст. 57 УПК РФ и предупредить об ответственности по ст. 307 УК РФ» [10]. Второй кассационный суд общей юрисдикции также оставил в силе приговор, согласившись с выводами состоявшихся судебных решений, отметив отсутствие каких-либо убедительных аргументов, позволяющих усомниться в допустимости заключений экспертов [11].

Представляется, что такое толкование допускается в связи с формулировкой, использованной законодателем в ч. 4 ст. 199 УПК РФ, а именно указание на то, что «если судебная экспертиза производится вне экспертного учреждения, ... следователь разъясняет права и ответственность...».

Рассмотрим еще такой пример. Кассационный суд общей юрисдикции сослался на документы, приобщенные прокурором, свидетельствующие о том, что на руководителей структурных подразделений бюро судебно-медицинской экспертизы возложены обязанности по распределению поступающих материалов для производства судебно-медицинских экспертиз, разъяснять права и обязанности [12]. Как видится, суд не учел, и это уже было отмечено, что лишь в случае поручения экспертизы сотрудникам экспертного учреждения.

Подводя итог изложенному, подчеркнем, что, по нашему мнению, вопрос о поручении производства экспертизы на досудебной стадии уголовного судопроизводства специалисту узкой области медицинских знаний урегулирован недостаточно. В настоящее время порядок следующий: в постановлении о назначении экспертизы должны быть указаны, помимо экспертного учреждения, также фамилия, имя, отчество лица, обладающего специальными знаниями; именно следователь разъясняет ему права и обязанности эксперта, предупреждает об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения. Полагаем, что давно назрела необходимость внесения изменений в УПК РФ и федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ, с целью избежания различных подходов правоприменения.

### **Литература**

1. Постановление Четвертого кассационного суда общей юрисдикции от 17.08.2023 по делу № 77-2920/2023 (УИД 91RS0019-01-2022-003966-50) // СПС «КонсультантПлюс».
2. Кассационное определение Второго кассационного суда общей юрисдикции от 01.08.2024 № 77-2023/2024 (УИД 69RS0039-01-2023-001631-62) // СПС «КонсультантПлюс».
3. Апелляционное определение Московского городского суда от 20.05.2021 по делу № 10-5942/2021 // СПС «КонсультантПлюс».
4. Апелляционный приговор Верховного суда Карачаево-Черкесской Республики от 15.12.2020 № 22-341/2020 // СПС «КонсультантПлюс».
5. Приговор Ленинского районного суда города Пензы от 22.04.2021 по делу № 1-70/2021 // СПС «КонсультантПлюс».
6. Апелляционное определение Пензенского областного суда от 30.06.2021 по делу № 22-690/2021 // СПС «КонсультантПлюс».
7. Определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 30.11.2021 № 77-4956/2021 // СПС «КонсультантПлюс».
8. Россинская Е.Р., Галяшина Е.И. Настольная книга судьи: судебная экспертиза. Москва: Проспект, 2011. 464 с.
9. Приговор Кировского районного суда города Ярославля от 02.10.2023 по делу № 1-102/2023 // СПС «КонсультантПлюс».
10. Апелляционное определение Ярославского областного суда от 27.11.2023 по делу № 22-2521/2023 // СПС «КонсультантПлюс».
11. Кассационное определение Второго кассационного суда общей юрисдикции от 04.04.2024 по делу № 77-843/2024 (УИД 76RS0014-02-2023-000194-41) // СПС «КонсультантПлюс».
12. Определение Шестого кассационного суда общей юрисдикции от 03.12.2020 № 77-3062/2020 // СПС «КонсультантПлюс».

# СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ОБЩЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

к.м.н. А.В. Сашин

Бюро судебно-медицинской экспертизы имени Д.И. Мастбаума, Минздрав  
Рязанской области, Рязань

**Аннотация:** В статье отмечена актуальность судебно-медицинской экспертизы, проводимой на основании определений судов по исковым заявлениям пострадавших в случаях производственного травматизма для установления степени утраты как общей, так и профессиональной трудоспособности. Изложены некоторые неустранимые проблемы, возникающие при определении степени стойкой утраты общей трудоспособности, для экспертной квалификации степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, и для определения судом размера подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка, в соответствии с частью 1 статьи 1086 Гражданского кодекса Российской Федерации. Высказано о необходимости разработки нормативного правового акта, регламентирующего установление степени стойкой утраты общей трудоспособности, при решении судом вопроса о возмещении утраченного заработка.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, степень утраты общей и профессиональной трудоспособности.

## FORENSIC ASPECTS OF DETERMINING PERMANENT LOSS OF GENERAL AND PROFESSIONAL WORKING CAPACITY

A.V. Sashin

Bureau Forensic Medical Expertise named after D. I. Mastbaum, Ministry of Health of  
the Ryazan region, Ryazan

**Summary:** The article notes the relevance of the forensic medical expertise conducted on the basis of court rulings on claims of victims in cases of non-occupational injuries to establish the degree of loss of both general and professional working capacity. The article outlines some intractable problems that arise when determining the degree of permanent loss of general working capacity for expert qualification of the severity of harm caused to human health and for determining by the court the amount of compensation for lost earnings by the victim, in accordance with Part 1 of Article 1086 of the Civil Code of the Russian Federation. It is suggested that it is necessary to develop a regulatory legal act regulating the establishment of the degree of permanent loss of general work capacity when the court decides on compensation for lost earnings.

**Keywords:** forensic medical expertise, the degree of loss of general and professional working capacity.

В современных социально-экономических условиях проблемы заболеваемости и инвалидности вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний имеют высокую актуальность, поскольку касаются состояния здоровья наиболее

трудоспособной части населения. Поэтому наряду с профилактикой профессионального травматизма и возникновения профессиональных заболеваний особое значение приобретает экспертиза трудоспособности с целью определения степени ее утраты в каждом конкретном случае.

Проведение экспертизы утраты профессиональной трудоспособности предусматривает вынесение заключения о возможности потерпевшего выполнять профессиональный труд в полном объеме, в условиях, предусмотренных технологией производства и организацией рабочего места. На основании вынесенного экспертного заключения формируются рекомендации к трудоустройству, профессиональной подготовке.

Вместе с этим, в последние годы вновь наметилась тенденция к увеличению количества производства судебных экспертиз комиссиями бюро судебно-медицинской экспертизы, проводимых на основании определений судов по исковым заявлениям пострадавших в случаях непроизводственного травматизма для установления степени утраты как общей, так и профессиональной трудоспособности.

Согласно части 1 статьи 1086 Гражданского кодекса Российской Федерации, размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) определяется в процентах к его среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до утраты им трудоспособности, соответствующих степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности – степени утраты общей трудоспособности [1].

В отношении определения степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ), в целом, все достаточно ясно. Порядок ее установления, в том числе судебно-медицинскими учреждениями, регламентируют: Правила установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденные Постановлением

Правительства РФ от 16 октября 2000 г. № 789 [2]; Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. № 585н [3].

В то же время, порядок судебно-медицинского установления степени стойкой утраты общей трудоспособности (СУОТ) регламентируют всего три пункта: 19, 20, 21 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.04.2008 г. № 194н [4] и приложение к Медицинским критериям: «Таблица процентов стойкой утраты общей трудоспособности в результате различных травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин».

Исходя из дефиниции пункта 19 «Медицинских критериев...» степень СУОТ следует устанавливать при определившемся исходе либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней. Данные условия вполне подходят для случаев определения размеров СУОТ с целью квалификации степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Вместе с этим, определение степени СУОТ с целью решения судом вопроса о возмещении утраченного потерпевшим заработка, в соответствии с нормами части 1 статьи 1086 ГК РФ, вызывает у судебно-медицинских экспертов определенные затруднения.

Так, в силу некоторого несоответствия определенных пунктов «Медицинских критериев...» и «Таблицы процентов стойкой утраты общей трудоспособности...» заключение экспертной комиссии может содержать противоречивые выводы при квалификации степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека по критерию СУОТ и квалификации степени СУОТ для определения размера подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка. Например, перелом диафиза бедренной кости расценивается как тяжкий вред, причиненный здоровью человека,

потому что такое повреждение, в соответствии с нормами пункта 6.11 «Медицинских критериев...», вызывает значительную СУОТ не менее чем на одну треть, независимо от исхода и оказания (неоказания) медицинской помощи. В то же время, при определении реальной степени СУОТ через 120 дней по последствиям травмы, степень СУОТ может быть меньших размеров или вообще отсутствовать. Так, согласно п. 114 «а» «Таблицы процентов стойкой утраты общей трудоспособности ...», нарушение функции бедра в результате травмы влечет только 30% СУОТ. На практике невозможно как-либо устранить подобное противоречие и объяснить суду, почему одно и то же повреждение, у одного и того же пострадавшего при определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, влечет СУОТ свыше одной трети, а при определении конкретной степени СУОТ ее размеры составляют 30% или вообще отсутствует.

Возникновение СУОТ может возникать в период действия листа временной нетрудоспособности (ВН), при обоснованной выдачи которого, согласно статье 9 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» [5], у пострадавшего временно имеет место полная утрата трудоспособности. То есть на определенном этапе периода ВН может возникнуть СУОТ, как правило, в меньшей степени, что приводит к затруднению принятия судьями решения о конкретном размере возмещения утраченного потерпевшим заработка.

Подобных затруднений при установлении степени УПТ не возникает, так как согласно пункту 36 Условий и порядка формирования листов нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листов нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством РФ, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 ноября 2021 г. № 1089н [6], срок временной нетрудоспособности завершается при установлении (изменении)

по результатам МСЭ группы инвалидности либо определении степени утраты профессиональной трудоспособности.

Одной из проблем, возникающей при определении степени СУОТ для решения судом вопроса о возмещении утраченного заработка, является установление сроков наличия у пострадавшего СУОТ. Если в нормативных правовых актах, регламентирующих определение степени УПТ, этот вопрос подробно освещен, и сроки строго регламентированы (УПТ устанавливается с назначением переосвидетельствования через полгода, 1 год и 2 года, либо бессрочно). То в отношении СУОТ таковой регламент отсутствует вообще. По сути, мы определяем степень СУОТ у пострадавшего однократно и пожизненно. Хотя совершенно очевидно, что размеры СУОТ с течением времени могут изменяться в ту либо иную сторону.

Без ответа остается и вопрос о времени определения СУОТ в случае превышения длительности расстройства здоровья 120 дней. Иными словами, степень СУОТ следует устанавливать, исходя из объективного состояния пострадавшего только на 121 день расстройства здоровья, либо установление степени СУОТ возможно и в более отдаленном периоде на момент проведения судебно-медицинского обследования пострадавшего. Но в этих случаях (на 121 день расстройства здоровья и в более отдаленном периоде) степени СУОТ могут существенно отличаться, вплоть до полного отсутствия СУОТ в отдаленном периоде.

Таким образом, вышеизложенное свидетельствует о насущной необходимости введения в судебно-медицинскую практику нормативного правового акта, регламентирующего установление степени стойкой утраты общей трудоспособности, при решении судом вопроса о возмещении утраченного заработка, согласно нормам части 1 статьи 1086 ГК РФ.

### **Литература**

1. Гражданский кодекс Российской Федерации, часть вторая от 26.01.1996 № 14-ФЗ. – М.: 1996.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.10.2000 № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности

в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». – М.: 2000.

3. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». – М.: 2019.

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». – М.: 2008.

5. Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». – М.: 1998.

6. Приказ Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н «Об утверждении Условий и порядка формирования листов нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листов нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации».

## ЕЩЁ РАЗ О ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЯХ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

*Д.В. Скипин; к.м.н. А.Е. Пастернак; О.М. Милованкина*

*ГБУЗ «Челябинское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», Челябинск*

**Аннотация:** В статье рассматриваются прямые и косвенные причинно-следственные связи в судебно-медицинской экспертизе. Анализируется их значение для установления юридически значимых фактов, проблемы интерпретации, нормативное регулирование и роль в предотвращении судебных ошибок.

**Ключевые слова:** причинно-следственные связи, судебно-медицинская экспертиза, юридическая значимость, прямая связь, косвенная связь, регламентация, справедливое решение.

## ONCE AGAIN ABOUT CAUSAL RELATIONSHIPS IN FORENSIC MEDICAL EXAMINATION

*D.V. Skipin, A.E. Pasternak, O.M. Milovankina*

*State Budgetary Healthcare Institution «Chelyabinsk Regional Bureau of Forensic Medical Expertise», Chelyabinsk*

**Summary:** The article examines direct and indirect causal relationships in forensic medical expertise. It analyzes their significance for establishing legally relevant facts, issues of interpretation, regulatory frameworks, and their role in preventing judicial errors.

**Keywords:** causal relationships, forensic medical examination, legal significance, direct connection, indirect connection, regulation, fair decision.

Причинно-следственные связи играют ключевую роль в судебно-медицинских экспертизах. Судебно-медицинский эксперт при анализе обстоятельств дела, состояния здоровья пострадавшего, характера травм или смерти должен установить не только факт наличия и характер повреждений, но и выявить причины их возникновения, проследив логическую цепочку от исходного события, изучаемого правоохранительными органами, к его последствиям. Определение причинно-следственной связи является фундаментом обоснованных выводов, которые в дальнейшем служат доказательством в рамках судебного разбирательства [1].

Причинно-следственная связь в судебной медицине – это установление факта, что определённое событие (причина) привело к конкретному результату (следствию). В отличие от чисто медицинской диагностики, где важна патогенетическая последовательность развития болезни или травмы, здесь ключевым фактором является юридическая значимость установления этой связи. Для суда критически важно не просто доказать, что травма существует, но и то, что она была вызвана определённым действием конкретного лица, либо стала следствием определённых обстоятельств.

В судебно-медицинской практике при решении вопроса о наличии между изучаемыми явлениями причинно-следственной связи, последнюю нередко характеризуют, как прямую или косвенную. Чёткого и общепринятого в судебной медицине понятия этим характеристикам связи не дано. Чаще всего подразумевается то, что прямая связь устанавливается, когда следствие наступает непосредственно в результате определённого действия или события. Например, повреждение кровеносного сосуда у живого человека приводит к кровотечению и кровопотере. Косвенная связь устанавливается, когда между причиной и следствием существуют промежуточные этапы. Например, перелом кости привел к длительной неподвижности пострадавшего, что стало причиной развития тромбоза и смерти.

Теория прямой и косвенной причинно-следственной связи развивалась на основе философских, научных и логических изысканий, начиная с античных времен. Её история включает несколько ключевых этапов:

#### 1. Античность

Аристотель (IV век до н.э.) в своей «Метафизике» ввел понятие «причины» (aitia) и выделил четыре типа причин: материальная, формальная, движущая и конечная [2]. Этот подход стал основой для дальнейшего изучения причинных связей.

Стоики рассматривали причинность в контексте логической необходимости и вводили понятия прямой и косвенной причинности, связывая их с действиями человека и природными явлениями.

#### 2. Средневековье

В эпоху схоластики философы, такие как Фома Аквинский, развивали идею причинности в контексте теологических учений. Прямая причинность связывалась с действием Бога, а косвенная – с посредничеством природных процессов или человеческой воли.

#### 3. Новый Век

Дэвид Юм (XVIII век) в своем труде «Трактат о человеческой природе» поставил под сомнение классическую причинность, утверждая, что мы наблюдаем только последовательность событий, но не можем видеть «силу» причинной связи. Косвенные связи он связывал с ассоциацией идей [3].

Готфрид Лейбниц выдвинул теорию «достаточного основания», в которой говорил о том, что косвенные причины могут быть необходимыми условиями для проявления следствия [4].

#### 4. XIX век

В естественных науках теория причинности стала инструментом исследования сложных систем. Появились концепции, различающие прямое воздействие (например, удар молотка) и косвенное (например, последствия климатических изменений).

Джон Стюарт Милль ввёл «каноны индукции», с помощью которых систематизировал анализ причинно-следственных связей, включая сложные косвенные зависимости [5].

## 5. XX век

Развитие системного подхода и кибернетики (Людвиг фон Бергаланфи, Норберт Винер) привело к формализации идей прямых и косвенных связей в рамках анализа сложных систем. Косвенные причины стали изучаться через понятие обратной связи [6, 7].

В философии аналитики, такие как Карл Гемпель, разработали концепции каузального объяснения, учитывающие множество факторов.

## 6. Современность

Влияние теории вероятностей и статистики на концепцию причинности, особенно через работы Джуда Пирла, который предложил каузальные модели для объяснения сложных прямых и косвенных связей [8].

В социологии и экономике активно используются понятия прямой и косвенной причинности для анализа социальных и экономических процессов.

Идея разделения на прямую и косвенную причинность развивается параллельно с ростом понимания сложности систем и увеличением числа инструментов для анализа. В настоящее время это ключевой элемент многих наук, от физики до медицины и социологии. Но было бы неверным утверждать, что понятия прямой и косвенной связи на настоящий момент окончательно сформировались.

В кодексах Российской Федерации (уголовном, гражданском и кодексе об административных правонарушениях), содержащих понятия – вред здоровью и жизни человека, характеристика связи, как прямая и косвенная, используется лишь для описания интересов человека, таких как умысел, выгода, заинтересованность, контроль, владение, выбор и т.п. При этом в указанных законодательных актах нет упоминаний о прямой или косвенной причинно-следственной связи между внешними актами общественно

опасного поведения человека и следствием этих действий в виде вреда, причиненного здоровью и жизни человека [9 – 11].

В статье 58 (Медицинская экспертиза) Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» среди целей проведения медицинских экспертиз также обозначено и установление причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина. При этом в данном документе нет указаний на характер устанавливаемой причинно-следственной связи [1].

Среди действующих на сегодняшний день обязательных к исполнению нормативных документов, регламентирующих работу судебно-медицинских экспертов, упоминание о прямой причинно-следственной связи имеется в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека», в котором в пункте 6.7 указано, что прерывание беременности в результате заболеваний матери и плода должно находиться в прямой причинно-следственной связи с причинённым вредом здоровью и не должно быть обусловлено индивидуальными особенностями организма женщины и плода (заболеваниями, патологическими состояниями), которые имелись до причинения вреда здоровью. В пункте 6.8. вышеуказанного Приказа причинно-следственная связь, наличие которой необходимо для возможности рассмотрения психического расстройства, как следствия причиненного вреда здоровью, с позиции медицинского критерия для оценки его по степени тяжести, упоминается без добавочных характеристик. В пункте 15 вышеуказанного Приказа возникновение угрожающего жизни состояния, т.е. вреда здоровью, опасного для жизни человека, вызвавшего расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью, может быть рассмотрено в качестве медицинского критерия для

оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при наличии связи между ним и причиненным вредом здоровью, опасным для жизни человека. При этом в данном пункте для определяемой связи применены такие характеристики, как непосредственность и невозможность носить случайный характер [12].

Понятно, что во всех перечисленных пунктах речь идет о причинно-следственной связи с одинаковой характеристикой, а именно о связи достаточной для возможности отнесения изучаемого экспертизой патологического состояния к неблагоприятному исходу вреда, причиненного здоровью человека, и с оценкой его по степени тяжести. Причём используемые в пунктах характеристики причинно-следственной связи, а именно: прямая, непосредственная и неслучайная, по смыслу равны и не противоречат друг другу, а лишь дополняют определение значимости причинно-следственной связи.

Точное установление причинно-следственной связи обеспечивает справедливое судебное решение. При рассмотрении уголовных дел (например, убийство, нанесение телесных повреждений, доведение до самоубийства) или гражданско-правовых споров (например, возмещение вреда здоровью) корректное определение причинно-следственных связей позволяет: избежать судебных ошибок, вызванных неполной или неверной оценкой медицинских фактов; обеспечить объективную и научно-обоснованную аргументацию вины или невиновности фигуранта дела; поддержать репутацию судебно-медицинской экспертизы как надежного научного инструмента правосудия. В будущем, с развитием судебно-медицинской науки, возможно удастся уйти от понятий прямой и косвенной причинно-следственной связи, вызывающих, в настоящее время, многочисленные бурные научные споры, заменив эти понятия на те, которые будут понятны всем судебно-медицинским экспертам, с набором таких эпитетов, как: достаточная, всеопределяющая, непосредственная и неслучайная.

## Литература

1. Российская Федерация. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>.
2. Аристотель. Метафизика / пер. с древнегреч. В.В. Биbihина. – М.: Академический проект, 2006. – 384 с.
3. Юм, Д. Трактат о человеческой природе / пер. с англ. Ю.Н. Солонина. – М.: Канон+, 2007. – 512 с.
4. Лейбниц, Г.В. Монадология / пер. с лат. и комм. А.А. Гусейнова. – М.: Мысль, 1990. – 96 с.
5. Милль, Дж. С. Система логики, силлогистической и индуктивной / пер. с англ. И. А. Боричева. – СПб.: Лань, 2009. – 784 с.
6. Берталанфи, Л. фон. Общая теория систем: Критический обзор // Вопросы философии. – 1968. – № 9. – С. 54–67.
7. Винер, Н. Кибернетика или управление и связь в животном и машине / пер. с англ. А.Б. Гутермана. – М.: Наука, 1958. – 328 с.
8. Пирл, Дж. Причинность: Модели, рассуждения и выводы / пер. с англ. А.А. Гофмана. – М.: Логос, 2017. – 544 с.
9. Российская Федерация. Уголовный кодекс (13.06.1996) № 63-ФЗ (ред. от 28.12.2024), официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>.
10. Российская Федерация. Гражданский кодекс (часть первая) (30.11.1994) № 51-ФЗ (ред. от 08.08.2024), официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>.
11. Российская Федерация. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (30.12.2001) № 195-ФЗ (ред. от 08.08.2024), официальный текст - Собрание законодательства РФ, 07.01.2002, № 1 (ч. 1), ст. 1.
12. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», «Российская газета» № 188, 05.09.2008, «Российская газета» 16.03.2012.

## ПОДГОТОВКА СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА

д.м.н., доцент Ю.А. Хрусталева

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны  
России, Санкт-Петербург

**Аннотация:** Анализ нормативных и учебно-методических документов, определяющих производство экспертиз по материалам дела, позволяет отметить, что для судебных медиков необходимо разработать руководство, основанное на современном научном материале. В такой документ необходимо включить, в частности, современную методику анализа медицинского документа, подходы к диагностике причинности с учетом признаков каузальности и медико-биологических критериев причинно-следственных связей.

**Ключевые слова:** нормативные документы, учебная литература, методические рекомендации, материалы дела.

## TRAINING OF FORENSIC DOCTORS TO CONDUCT EXPERT EXAMINATIONS BASED ON CASE MATERIALS

Y.A. Khurstaleva

Military Medical Academy, Forensic Medicine Department, St. Petersburg

**Summary:** The analysis of normative, educational and methodological documents defining the examination of case materials allows us to note that it is necessary for forensic doctors to develop guidelines based on modern scientific material. Such a document should include, in particular, a modern methodology for analyzing a medical document, approaches to diagnosing causality, taking into account the signs of causality and biomedical criteria of cause-and-effect relationships.

**Keywords:** regulatory documents, educational literature, methodological recommendations, case materials.

**Актуальность.** В своей практической деятельности судебно-медицинские эксперты выполняют экспертизы по материалам дела. Для грамотной, качественной реализации трудовых действий судебному медику нужны квалифицированные знания и умения по производству таких экспертиз.

**Цель работы.** Анализ нормативных, учебно-методических документов, определяющих производство экспертиз по материалам дела.

**Материалы и методы.** Для анализа использовались нормативные документы, методические, учебные источники, характеризующие знания и

требования к производству экспертиз по материалам дела. Применялись методы актуализации, обобщения, контент-анализ, хронологический, историко-генетический, историко-системный.

#### *Результаты и их обсуждение*

Современные требования к производству судебно-медицинских экспертиз определяют подготовку судебных медиков в этих условиях.

От уровня усвоения знаний, степени овладения умениями и навыками зависит качество выполнения экспертиз.

Судебный медик должен совершенствовать свои знания, ориентироваться в новых подходах, требованиях, изменениях нормативной составляющей в работе эксперта.

Вместе с тем составителям нормативных, методических материалов целесообразно учитывать, что стаж работы у экспертов, составляющих сообщество судебных медиков, разный, и базовая подготовка экспертов осуществлялась в контексте требований, существовавших в определенный временной контент.

Применительно к производству экспертиз по материалам дела необходимо отметить, что, как правило, в таком виде экспертиз выделяются непосредственно экспертизы по материалам дела и экспертизы по делам о правонарушениях медицинских работников.

При выполнении экспертиз судебный медик должен ориентироваться в нормативно определенных требованиях к уровню его знаний и умений.

Так, в соответствии с квалификационной характеристикой врача судебно-медицинского эксперта (приказ МЗ СССР от 21 июля 1988 года № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей–специалистов»), врач – судебно-медицинский эксперт должен: знать «особенности проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела на предварительном следствии и в суде», уметь «определить профессиональные нарушения медицинских работников, классифицировать их и дать им характеристику» [1].

Согласно профессиональному стандарту «врача–судебно-медицинского эксперта» (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. № 144 н), при производстве судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа судебно-медицинский эксперт должен осуществлять трудовое действие «изучение документов (постановления или определения о назначении экспертизы, иных материалов дела), представленных органом или лицом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу», знать «методику судебно-медицинской экспертизы дефектов оказания медицинской помощи»; при производстве судебно-медицинской экспертизы (обследования) в отношении живого лица выполнять трудовое действие «исследование представленных органом или лицом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу в отношении живого лица, материалов дела и оригиналов (или заверенных копий) медицинских и иных документов» [2].

Анализ требований к уровню знаний и умений судебного медика в разные периоды времени позволяет отметить, что более полноценная информация применительно к экспертизам по материалам дела была изложена в квалификационной характеристике. В профессиональном стандарте контент экспертиз по материалам дела определен преимущественно в трудовых действиях определенного вида экспертиз (трупа и живого лица) без необходимого ранжирования по знаниям и умениям в каждой обозначенной трудовой функции.

Для качественного выполнения экспертиз по материалам дела судебно-медицинский эксперт должен быть обучен этому.

Изученную учебную литературу можно разделить на группы.

В одних источниках имеется информация по двум главам «организация производства экспертизы по материалам дела» и «ответственность медицинских работников за совершение правонарушений в процессе профессиональной деятельности» [3 – 6].

В других только изолированная глава по правонарушениям медицинских работников [7, 8].

Рассмотрение методического обеспечения выполнения экспертиз по материалам дела позволяет отметить, что на протяжении десятилетий судебные медики не имели консолидированного документа по материалам дела. В арсенал экспертов входили материалы по оценке ненадлежащего оказания медицинской помощи [9, 10].

Разработанные на современном этапе развития судебной медицины методические рекомендации «предлагают единый научно-методологический подход к организации и проведению судебно-медицинской экспертизы по материалам дела» [11]. Вместе с тем необходимо обратить внимание на то, что в литературе, обозначенной в методических рекомендациях, нет ни одного научного источника информации! Национальное руководство приведено 2014 года, хотя в 2024 году было издано современное руководство. В содержательной части методических рекомендаций имеются противоречия с нормативной базой документов, содержатся логические и смысловые противоречия, изложенные подходы к анализу медицинского документа и диагностике причинности не отвечают современным требованиям, научно не обоснованы. В состав разработчиков, к сожалению, не вошел создатель современной, апробированной методики проведения экспертиз по материалам дела Альшевский Владимир Владимирович.

Целесообразно подчеркнуть, что Министерство здравоохранения Российской Федерации пояснило статус клинических рекомендаций «клинические рекомендации не являются нормативными актами, а являются рекомендательными документами и отражают взгляды специалистов, основаны на тщательном анализе научных данных, доступных во время их подготовки, имеют практическую направленность и выступают ориентиром для врача при оказании медицинской помощи в конкретных ситуациях» [12]. С учетом этого пояснения, методические рекомендации по проведению экспертиз по материалам дела не являются обязательными для исполнения.

## *Выводы*

Анализ нормативных, учебно-методических документов, определяющих производство экспертиз по материалам дела, позволяет отметить, что необходимо для судебных медиков разработать руководство, основанное на современном научном материале. В такой документ необходимо включить, в частности, современную методику анализа медицинского документа, подходы к диагностике причинности с учетом признаков каузальности и медико-биологических критериев причинно-следственных связей.

## **Литература**

1. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 21 июля 1988 г. № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей–специалистов» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://base.garant.ru/5181342/?ysclid=lj7tcedxhm695992723> (дата обращения 02.02.2025).
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 144н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - судебно-медицинский эксперт». Профессиональный стандарт «врача – судебно-медицинского эксперта» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://base.garant.ru/71916228/?ysclid=lj7t5aggrf200217309> (дата обращения 02.02.2025).
3. Матышев А.А., Деньковский А.Р. Судебная медицина (руководство для врачей). 2-е изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1985. – 488 с.
4. Попов В.Л. Судебная медицина. Учебник. – СПб., 1993. – 287 с.
5. Попов В.Л., Ковалев А.В., Ягмуров О.Д., Толмачев И.А. Судебная медицина: учебник для медицинских вузов. – СПб.: Издательство «Юридический центр», 2016. – 512 с.
6. Попов В.Л., Макаров И.Ю., Тимерзянов М.И., Минаева П.В., Хромова А.М. Судебная медицина. Учебник для медицинских вузов. – СПб.: Издательство «Юридический центр», 2024. – 538 с.
7. Судебная медицина: учебник / под ред. Ю.И. Пиголкина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 496 с.
8. Судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 784 с.
9. Методические указания БГСМЭ МЗ РСФСР от 17.11.1993 № 1523/01-04 «Проведение судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с жалобами родственников на неправильную диагностику и лечение» / утв. В.О. Плаксиным // Основные нормативно-правовые документы по судебно-медицинской экспертизе. Сборник 1953-2003 гг. под ред. В.В. Хохлова. – Смоленск, 2003. – С. 145–151.
10. Ковалев А.В. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего

оказания медицинской помощи: Методические рекомендации. – 2-е изд. перераб. и доп. – М., 2017. – 29 с.

11. Методика проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела. Методические рекомендации. М., 2024. – 34 с.

12. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 января 2025 г. № 17-1/3007018-3891 О датах применения клинических рекомендаций, размещенных на официальном сайте Минздрава России [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411275549/> (дата обращения 02.02.2025).

## **АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ПРАВОНАРУШЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

*З.Х. Худоёрзода<sup>1</sup>, к.м.н., доцент И.И. Бахриев<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГОУ «Институт повышения квалификации работников системы социальной защиты населения» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Республика Таджикистан

<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Аннотация:** В статье рассмотрен ряд актуальных вопросов судебно-медицинской экспертизы профессиональных правонарушений медицинских работников. При этом неблагоприятные последствия для здоровья и жизни человека являются объектом пристального внимания как пациентов и медицинских работников, так и представителей правоохранительных органов и общественности. Разрешение спорных вопросов осуществляется производством судебно-медицинской экспертизы (в рамках доследственной проверки, уголовного либо гражданского дела). Некоторые ее проблемы, выявленные по материалам уголовных дел, характеризуются необходимостью строгого соблюдения экспертами пределов своей компетенции, используя сугубо научную терминологию и базовые определения.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, профессиональные правонарушения, медицинские работники, должностной подлог, ответственность.

## **ASPECTS OF THE PROBLEM AND IMPROVEMENT OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN CASES RELATED TO OFFENSES BY MEDICAL WORKERS**

*Z.Kh. Khudoyorzoda<sup>1</sup>, I.I. Bakhriev<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>GOU «Institute for Advanced Training of Employees of the Social Protection System!» Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Republic of Tajikistan

<sup>2</sup>Tashkent Medical Academy of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Republic of Uzbekistan

**Summary:** *The article discusses a number of topical issues of forensic medical examination of professional offenses of medical workers. At the same time, adverse consequences for human health and life are the object of close attention of both patients and medical workers, as well as representatives of law enforcement agencies and the public. Resolution of controversial issues is carried out through a forensic medical examination (as part of a pre-investigation check, criminal or civil case). Some of its problems, identified from the materials of criminal cases, are characterized by the need for experts to strictly adhere to the limits of their competence, using purely scientific terminology and basic definitions.*

**Keywords:** *forensic medical examination, professional offenses by medical workers, official forgery, liability.*

Судебно-медицинская экспертиза профессиональных правонарушений медицинских работников в сфере родопомощения является одним из самых сложных видов исследований.

Медицинская помощь относится к числу неотъемлемых прав человека (статья 39 Конституции РТ). Осуществляемая надлежащим образом, она является социально одобряемой и полезной. В противном случае медицинские работники соответственно нарушают конституционное право граждан на непререкаемые первостепенные социальные ценности – жизнь и здоровье людей [1].

Особую актуальность эта проблема приобретает в условиях научно-технического прогресса, внедрения в медицинскую практику сложных методов диагностики и лечения, повышения требований к профессионализму медицинских работников [1, 2].

Регламентирующими охрану здоровья и социальную защиту населения, является не только основной закон Республики Таджикистан (1994), но и Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан (2017).

При этом следует отметить данные анализа проведенных нами за последние годы экспертиз, свидетельствующих о существенном увеличении той их части, которая должна разрешать вопросы представителей следствия либо суда о качестве и эффективности соответственно оказанной медицинской помощи [2, 3]. Повторный характер значительной части таких экспертиз, различия в содержании экспертных выводов в разных экспертизах, проведенных по одному и тому же случаю оказания медицинской помощи,

свидетельствуют о наличии определенных и очевидных проблем их проведения и формулирования экспертных выводов [4].

**Цель:** Оценить проблему и пути совершенствования судебно-медицинской экспертизы по делам, связанным с правонарушениями медицинских работников.

**Материал и методы.** В исследовании использованы регламентирующие документы проведения судебно-медицинской экспертизы в случае профессиональных нарушений медицинских работников, анализ специальной литературы.

**Полученные результаты и их обсуждение.** Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, Конституцией Республики Таджикистан. В частности, согласно статьям Кодекса здравоохранения Таджикистана, при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медицинскую и социальную помощь, которую оказывают медицинские работники и иные специалисты учреждений государственной и частной сфер здравоохранения.

В процессе профессиональной деятельности они совершают иногда преступления против жизни и здоровья. Наибольший удельный вес при этом имеют ненадлежащее исполнение медицинской помощи, причиняющее тяжкий вред пациенту: по неосторожности, причинение смерти, злоупотребление и превышение должностных полномочий, должностной подлог, а также неоказание помощи больному (Закон РТ «О принятии Уголовного кодекса РТ, от 21.05.1998, № 574»).

К преступлениям с прямым умыслом можно отнести убийство в целях использования органов и тканей потерпевшего, умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в аналогичных целях, причинение вреда здоровью средней тяжести и легкого, незаконное производство аборта, к преступлениям, совершаемым с косвенным умыслом – заражение другого лица инфекционными заболеваниями.

Следует отметить, что официальной статистики относительно количества преступлений против жизни и здоровья, совершаемых медицинскими работниками, не существует. Однако, судя по данным ГУ «Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, количество уголовных дел, возбуждаемых против врачей, явно растет.

Предпосылки этих проблем содержатся в социальном характере медицинской помощи, многообразии организационных форм её осуществления (поликлиническая, стационарная, специализированная, региональная и т.д.), необходимости обеспечения ее должным финансированием. Сложности медицины вполне реализуются и для судебно-медицинского эксперта. **Во-первых**, в каждой экспертизе возникает необходимость выделения той части медицинской помощи, в оценке которой эксперт компетентен. Эта необходимость абсолютно и однозначно определяется ст. 58 УПК РТ.

На наш взгляд компетенция эксперта определена содержанием и принципами научной, клинической, доказательной медицины. К ним можно отнести представления об этиологии, патогенезе, симптоматических клинических и морфологических проявлениях болезни, всё разнообразие её лечения, его эффективность, исходы болезни, способы восстановления пациента, индивидуальный характер возникновения и течения болезни и воздействие на неё медицинской помощи и т.д.

Нельзя не обратить внимание и на то, что еще 20 или 30 лет назад эта проблема не была настолько серьезной и всеобъемлющей. Чтобы разобраться в причинах произошедшей трансформации, следует обратить внимание на то, что за это время изменилось уголовное и гражданское законодательство, а также законодательство в сфере охраны здоровья. Впервые напрямую затрагивались вопросы правонарушений в профессиональной деятельности, при этом расширился перечень видов медицинских экспертиз. К тому же к

принципиальным моментам клинической медицины относятся невозможность навредить пациенту, принцип применения лечения исключительно с согласия пациента, возможность игнорирования его только в случае возникновения по причине патологии (или травмы) угрожающего для жизни состояния.

История медицины, развитие технологического прогресса и возникновение новых форм лечебного воздействия, система получения медицинского образования, состояние соответствующих научных положений современной медицины не противоречат вышеизложенной трактовке экспертной компетенции, подтверждая ее.

**Во-вторых**, научный характер содержания и принципов современной клинической медицины на наш взгляд очевиден. Практическую приверженность научному понятию и содержанию клинической медицины эксперт может и должен подтверждать, в том числе знанием и владением научных определений, касающихся конкретной области его судебно-медицинского исследования.

**В-третьих**, клиническая медицина неотделима от социального характера медицинской помощи, организационных форм ее осуществления (поликлиническая, стационарная, специализированная, региональная и т.д.), необходимости ее финансирования и т.д. Совершенно очевидно, что эта сторона, которую условно можно обозначить как «организационную», не может быть экспертной компетенцией.

Таким образом, в каждой судебно-медицинской экспертизе исследователь самостоятельно должен абсолютно точно установить пределы своей компетенции, четко различая и отделяя «организационную» составляющую в медицинской помощи от содержания и принципов научной клинической медицины, подтверждая научную обоснованность своих экспертных выводов.

Анализ проведенных нами экспертиз показывает, что понимание пределов экспертной компетенции вызывает определенные сложности. Некоторую их часть можно представить следующим образом:

1) Очевидна подмена правильного представления об экспертной компетенции представлением о том, что только комиссионный состав экспертов разных специальностей (например, терапевта, хирурга и т.д.) и делает его действительно компетентным. В рамках этого на наш взгляд глубоко ложного понимания именно такая организационная форма работы экспертов (судебный медик, терапевт, хирург и т.д.) и их практические навыки определяют пределы их компетенции. Очевидность такого «заблуждения» не требует доказательств. Принятие этого заблуждения приводит к массе вопросов, ответы часто заведомо далеки от истинной ситуации. К примеру, в чем компетенция судебного медика, если случай касается терапевтической (или любой иной) патологии, кто формулирует ответы на вопросы следствия или суда – терапевт или судебный медик? Наступила пора учреждения судебной медицины поменять на таковые же, но лечебных профилей; как отвечать на специфические вопросы в судебном заседании? Подобных вопросов может быть немало. Правильные представления о пределах экспертной компетенции не исключают производство экспертиз представителями разных специальностей, являющихся базовой опорой правильного взаимодействия членов комиссии, выработку объективных выводов, исключающих разночтения и особые мнения, подтверждающих равную значимость и ответственность членов комиссии перед следствием и судом.

Кроме того подтверждается возможность сложных комиссионных экспертиз экспертной комиссией, состоящей исключительно из судебных медиков. При этом ничто не препятствует получению знаний членов такой экспертной комиссии о конкретной патологии, например, через ознакомление со специальной литературой, общением с соответствующим специалистом (терапевтом, хирургом и т.д.). Более того, такая ситуация несомненно будет

являться серьезным фактором совершенствования не только знаний отдельных судебных медиков, но и системы судебной медицины в целом.

2) Сложное переплетение в практике использования медицинскими работниками научных положений клинической медицины и многочисленных организационных условий оказания медицинской помощи крайне затруднительно «расплести» при производстве экспертных исследований, отделить действия медиков в рамках научной клинической медицины от организационных форм этих действий и на этой основе правильно и обоснованно разрешить все вопросы для следствия и суда. По нашему мнению, эта проблема крайне серьезная, многосторонняя, присутствует практически в каждом экспертном исследовании.

3) Наш опыт экспертиз показывает также, что понимание проблемы научной обоснованности экспертных выводов имеет свои сложности. В их числе одно из самых значительных – игнорирование в работе научных определений, характеризующих травму, патологию, их смертельный исход (причину смерти), причину и следствие и т.д.

Причинно-следственные отношения в экспертной практике базируются на философских категориях и научных определениях современной клинической медицины.

К наиболее важным и значимым научным определениям, позволяющим считать их вполне достаточными для подтверждения научной основы экспертных выводов при исполнении экспертиз по профессиональным нарушениям медицинских работников, можно отнести следующие определения:

**причина** – это взаимодействие двух или более явлений, материальных тел (причина), в результате которого возникает новое явление, материальное тело (следствие);

**причина смерти** – основное заболевание (типа нозологической формы), которое само по себе, либо через свое осложнение явилось причиной смерти;

**недостаток оказания медицинской помощи** – неверные (не соответствующие научно обоснованным взглядам на лечение конкретной патологии у конкретного пациента) действия медицинских работников, связанные с проведением диагностических процедур, различных лечебных воздействий, операций, медицинских пособий;

**механизм образования повреждения** – характеристика основных структурных элементов травматического процесса;

**дефект медицинской помощи** – это недостаток медицинской помощи, признанный на клиничко-анатомической конференции или на комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) и оформленный пояснительной запиской;

**ятрогения** – неверные (не соответствующие научно обоснованным взглядам на лечение конкретной патологии у конкретного пациента) действия медицинских работников, связанные с проведением диагностических процедур, различных лечебных воздействий, операций, медицинских пособий, сопровождающиеся негативным воздействием на пациента [1].

**Заключение.** Данная статья представляет часть проблемы в работе комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Дальнейшее ее изучение может быть полезно для судебно-медицинского сообщества, что связано со служебными правонарушениями в сфере здравоохранения: служебные подлоги, низкий уровень профессионализма, связанные с начетничеством среди медицинских работников, бедностью населения, отсутствием знаний основ и положений соответствующего законодательства и других нормативно-правовых актов, регулирующих взаимоотношения между должностным лицом и пациентом (или его представителем), попустительством, бесконтрольностью и безнаказанностью ответственных лиц за большинство происходящих несчастных случаев.

## **Литература**

1. Гоибов А.Г., Шодихон Джамшед, Газиев Дж.Г., Искандарова М.М. Некоторые аспекты нормативно-правового регулирования в сфере социальной защиты инвалидов в

Таджикистане Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2020. – №2. – С. 24–31.

2. Сучков А.В. Проблемы назначения и проведения судебно-медицинских экспертиз при расследовании профессиональных преступлений, совершенных медицинскими работниками Вятский медицинский вестник. 2009. – №2–4. – С. 82–87.

3. Гоибов А.Г., Талабзода М.С., Олимов Д.А., Ибодова З.Х. Основные аспекты развития законодательства и покушений на служебный подлог в сфере здравоохранения Республики Таджикистан. Здравоохранение Таджикистана. 2019. – №3. – С. 76–81.

4. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи. – 3-е изд., доп. М.: 2016. – 506 с.

## **ГРАНИЦЫ КОМПЕТЕНЦИИ И НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ АНАЛИЗЕ ИЗОБРАЖЕНИЙ И ВИДЕОЗАПИСЕЙ В ХОДЕ ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛ**

д.м.н. Ю.Ю. Шишкин<sup>1,2</sup>, С.Ю. Бурлаков<sup>1</sup>, к.м.н. А.С. Катаев<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, г. Иваново

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», г. Москва

<sup>3</sup>ИУФ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

**Аннотация:** Нормативно-правовое обоснование анализа и обработки изображений и видеозаписей, методологическая основа формирования умозаключений и выводов имеют чрезвычайно важное значение при проведении судебно-медицинских экспертиз и исследований в условиях активного развития цифровых технологий. Проведенный анализ нормативных документов и современных доступных технических средств раскрывает судебно-медицинским экспертам широкие возможности по повышению эффективности, доказательности и качества экспертиз, позволяет разрешить ряд проблемных вопросов, возникающих при допросе в суде.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, видеозапись, изображение повреждения, компетенция судебно-медицинского эксперта, дорожно-транспортное происшествие, механизм образования повреждений, цифровой анализ, идентификация личности, математические вычисления.

## **BOUNDARIES OF COMPETENCE AND SOME POSSIBILITIES FORENSIC MEDICAL EXAMINATION DURING THE ANALYSIS IMAGES AND VIDEOS DURING EXAMINATIONS AND CASE STUDIES**

Yu.Yu. Shishkin<sup>1,2</sup>, S.Yu.Burlakov<sup>1</sup>, A.S.Kataev<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Ivanovo State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation (FSBEI HE «Ivanovo SMU» of MOH of Russia), Ivanovo

<sup>2</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Russian Biotechnological University, Moscow

<sup>3</sup>Federal State Budgetary Institution «National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow.

**Summary:** *The regulatory and legal basis for the analysis and processing of images and videos, the methodological basis for the formation of conclusions and conclusions are extremely important when conducting forensic medical examination and research in the context of the active development of digital technologies. The analysis of regulatory documents and modern available technical means reveals to forensic medical experts wide opportunities to improve the effectiveness, evidence and quality of examinations, and allows them to resolve a number of problematic issues that arise during interrogation in court.*

**Keywords:** *forensic medical examination, video recording, image of damage, competence of a forensic medical expert, traffic accident, mechanism of damage formation, digital analysis, identification, mathematical calculations.*

При допросе эксперта или специалиста в суде по экспертизе, выполненной с использованием технологий анализа изображений и видеозаписей, часто возникают вопросы: «Имел ли право эксперт анализировать (в том числе производить вычисления расстояний, размеров, времени) и преобразовывать изображения (контрастировать, улучшать, форматировать и т.д.), не являются ли данные действия превышением пределов компетенции? Есть ли у эксперта соответствующие «допуски» на право проведения таких экспертиз?». Часто на суде можно слышать утверждение, что данная сфера принадлежит техническим экспертам, не судебно-медицинским. Целью работы явилось выявление границ компетенции судебно-медицинского эксперта в сфере вычислений и диагностики по визуальным носителям информации, а также установление некоторых возможностей экспертизы при представлении с материалами дела различных изображений и видеозаписей. Материалом для исследования явилась действующая нормативно-правовая база, имеющая отношение к данной проблеме, монографии, публикации в специальной судебно-медицинской и технической литературе.

Для того, чтобы оценить границы компетенции эксперта при проведении экспертизы, необходимо установить, каким образом в данной сфере регламентированы объекты исследования, образовательный уровень, наименования и методики выполняемых работ, накладываемые ограничения.

В статье 10 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 73-ФЗ) указано, что «объектами исследований являются вещественные доказательства, документы, предметы, животные, трупы и их части, образцы для сравнительного исследования, а также материалы дела, по которому производится судебная экспертиза...». В статье 35 данного Закона отмечены ограничения в применении методов исследований при производстве судебной экспертизы у живых лиц: «...запрещается применять методы исследований, сопряженные с сильными болевыми ощущениями или способные отрицательно повлиять на здоровье лица, методы оперативного вмешательства, а также методы, запрещенные к применению в практике здравоохранения законодательством РФ...». Уголовно-процессуальный кодекс, гражданский процессуальный кодекс регламентирует порядок назначения экспертизы в целом и не выделяет таких характеристик как порядок и допустимость применения отдельных методов и объектов исследования.

В пункте 1 приказа Министерства здравоохранения РФ от 25 сентября 2023 г. № 491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы» указано, что судебно-медицинская экспертиза включает подвиды: судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения, судебно-медицинская экспертиза по материалам дела и другие. В пункте 6 данного приказа указано, что объектами экспертизы являются вещественные доказательства и объекты биологического и иного происхождения, включая образцы для сравнительного исследования; материалы дела; иные объекты исследований и материалы, представленные органом или лицом, назначившим экспертизу, для проведения экспертизы. В пункте 8 данного приказа говорится о требованиях к должности судебного эксперта и врача – судебно-медицинского эксперта: «Судебный эксперт (эксперт-биохимик, эксперт-генетик, эксперт-химик), химик-эксперт медицинской организации должны

иметь соответствующее высшее профессиональное (биологическое, химическое, биохимическое, молекулярно-генетическое, фармацевтическое) образование и пройти дополнительную подготовку по специальности «Судебно-медицинская экспертиза». Должность врача – судебно-медицинского эксперта занимает медицинский работник, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием, а также профессиональному стандарту «Врач – судебно-медицинский эксперт»».

В соответствии с частью 3 статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2021, № 27, ст. 5140) и подпунктом 5.2.1191 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2016, № 27, ст. 4497), приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» утвержден порядок аккредитации специалистов. В пункте 3 данного приказа указано: «Аккредитация специалиста проводится с учетом квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам, квалификационных требований, предусмотренных Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н (для аккредитации лиц с немедицинским образованием), а также профессиональных стандартов».

В Разделе «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих из приложения к приказу Министерства здравоохранения и социального

развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н указаны требования к квалификации врач – судебно-медицинский эксперт: «Высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медицинская биохимия», послевузовское и (или) дополнительное профессиональное образование и сертификат специалиста по специальности «Судебно-медицинская экспертиза» без предъявления требований к стажу работы».

В разделе II «Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности)» приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. № 144н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – судебно-медицинский эксперт» указано: «Производство судебно-медицинской экспертизы (исследования) вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения. В разделе III «Характеристика обобщенных трудовых функций» данного приказа указано: «Требования к образованию и обучению Высшее образование – специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медицинская биохимия» и подготовка в интернатуре и (или) ординатуре по специальности «Судебно-медицинская экспертиза» или профессиональная переподготовка по специальности «Судебно-медицинская экспертиза». Особые условия допуска к работе. Сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста по специальности «Судебно-медицинская экспертиза»... Отсутствие ограничений на занятие профессиональной деятельностью, установленных законодательством Российской Федерации. Трудовая функция: Производство судебно-медицинской экспертизы (исследования) вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения Трудовые действия Производство медико-криминалистической экспертизы (исследования) вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения Необходимые знания Методы лабораторных и инструментальных

экспертных исследований вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения. Порядок производства медико-криминалистической экспертизы (исследования) Судебно-медицинские трасологические исследования Судебно-медицинские баллистические исследования Судебно-медицинские исследования по отождествлению личности Судебно-медицинские микрологические исследования Судебно-медицинские исследования по реконструкции событий Методы и технические приемы медико-криминалистического исследования вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения для решения диагностических, идентификационных и ситуационных экспертных задач: - подготовительные; - наблюдения и фиксации свойств объектов; - моделирования; - аналитические...».

В судебной медицине имеются публикации по применению анализа 2D изображений и видеозаписей для целей установления наличия и характера повреждений [1, 2], идентификации личности [3, 4, 5], анализа трехмерных изображений [6].

В настоящее время эксперты располагают широким спектром технических средств анализа изображений и видеозаписей, включая стандартные распространенные программные средства (штатные средства операционной системы WINDOWS: Киностудия Windows, проигрыватель Windows медиаплеер) и специализированные (Filestar, Wondershare, SmartDeblur, Video cleaner и др.) [7].

Вопросы анализа изображений и видеозаписей по материалам дел тесно связаны с работой медико-криминалистического отделения, но если эксперты являются совместителями в данных подразделениях и (или) имеют соответствующий опыт работы, то применение медико-криминалистических приемов и методик при экспертизе по материалам дела зачастую является логичным и эффективным.

В нашей практике анализ изображений и видеозаписей используется для установления характера повреждений, идентификации травмирующего

предмета. Анализ и обработка изображений и видеозаписей особенно эффективны в реконструкции событий при ДТП. Таким образом все методики непосредственной работы с изображениями включают два комплекса приемов: изменение качества изображения и математические расчеты. Изменения качества изображения можно разделить на простые составляющие: изменения контраста, яркости, четкости, прозрачности, масштабирование. В основе даже самых сложных криминалистических вычислений места, расстояний и времени по изображениям лежат элементарные математические функции расчета сторон прямоугольного треугольника, возведение в квадрат и извлечение корня, составление пропорций и решение уравнений и т.д. Следовательно, является корректным расчет судебно-медицинским экспертом по изображениям и видеозаписям местоположения человека в момент наезда, траектории движения тела в момент наезда, и т.д. Не будет считаться превышением пределов компетенции, если судебно-медицинский эксперт преобразует некачественные изображения с помощью технических средств таким образом, что на изображениях становятся заметными определяющие (идентифицирующие) признаки события или предмета.

Таким образом, в настоящее время нет нормативно-правовых ограничений, запрещающих судебно-медицинским экспертам анализировать, проводить диагностику по изображениям и видеозаписям, а также преобразовывать изображения для решения поставленных задач. Современные технические средства предоставляют судебно-медицинским экспертам большие возможности для анализа и преобразования изображений и видеозаписей с целью решения диагностических, идентификационных и ситуационных задач.

Суд вынужден оценить компетенцию эксперта по 1) формальным параметрам – характеристики образовательного уровня и специальной подготовки, опыт работы с данным видом экспертиз; и 2) конкретной экспертизе – по аргументированности, детальности, обоснованности,

наглядности, убедительности проведенных исследований и полученных результатов. В такой ситуации самый определяющий критерий оценки судебно-медицинской экспертизы заложен в статье 8 Федерального закона № 73-ФЗ, из которой следует: «Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных».

### Литература

1. Абрамов С.С., Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю. Цифровая фотография как объект судебно-медицинского исследования. Судебно-медицинская экспертиза. М.: – 2005. №1. С.33–36.
2. Ерофеев С.В., Шишкин Ю.Ю., Федорова А.С. О технологиях анализа изображений как средствах повышения объективности и достоверности судебно-медицинских экспертиз. Судебная медицина. – 2017. – т.3. – №2. – С.17–24.
3. Клевно В.А., Романько Н.А., Абрамов А.С. Краниофациальная идентификация личности по прижизненной видеозаписи: монография. М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2013. – 98 с.
4. Колкутин В.В., Абрамов С.С., Кирьянов П.А., Романько Н.А., Абрамов А.С. Особенности краниофациальной идентификации при использовании некоторых видов сравнительных материалов. Судебно-медицинская экспертиза. М.: – 2008. № 1. – С. 24–27.
5. Романько Н.А., Клевно В.А. Использование прижизненных видеоизображений в качестве сравнительного материала при краниофациальной идентификации личности. Судебно-медицинская экспертиза. М.: – 2011. № 4. С. 35–38.
6. Ерофеев С.В., Федорова А.С., Ковалев А.В., Шишкин Ю.Ю., Фетисов В.А. Трехмерное сканирование судебно-медицинских объектов: приборное обеспечение и особенности технологии. Судебно-медицинская экспертиза. 2018; 61(6): 39–42. DOI: 10.17116/sudmed20186106139.
7. Дерюгин Р.А., Файсханов И.Ф. К вопросу о криминалистическом исследовании видеозаписи в условиях развития цифровой криминалистики. Вестник Уральского юридического института МВД России. 2020. № 3, С. 56–61.

# БЕЗДЕЙСТВИЕ И ВРЕД ЗДОРОВЬЮ

д.м.н. Л.А. Шмаров

*Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, Москва*

**Аннотация:** В последние годы отмечается значительный рост количества так называемых «врачебных дел», что влечёт за собой рост количества выполняемых судебно-медицинских экспертиз. Одним из существенных вопросов, решаемых при выполнении судебно-медицинских экспертиз по такого рода делам, является определение степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека допущенными недостатками оказания медицинской помощи. Основные проблемы возникают при определении степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека допущенными недостатками оказания медицинской помощи, которые характеризуются бездействием, то есть невыполнением необходимых диагностических и лечебных мероприятий. Проблемы связаны, прежде всего, с тем, что бездействие не помянуто явно в соответствующих нормативных правовых актах.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, врачебное дело, недостаток оказания медицинской помощи, бездействие, вред здоровью.

## INACTION AND HARM TO HEALTH

L.A. Shmarov

*Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow*

**Summary:** In recent years, there has been a significant increase in the number of so-called «medical cases», which entails an increase in the number of forensic medical examinations performed. One of the essential issues to be resolved when performing forensic medical examinations in such cases is to determine the severity of the harm caused to human health by the shortcomings of medical care. The main problems arise in determining the severity of the harm caused to human health by the shortcomings of medical care, which are characterized by inaction, that is, failure to comply with the necessary diagnostic and therapeutic measures. The problems are primarily related to the fact that inaction is not explicitly mentioned in the relevant regulatory legal acts.

**Keywords:** forensic medical examination, medical practice, lack of medical care, inaction, harm to health.

В настоящее время многими авторами отмечается рост уголовных дел, возбуждённых в отношении медицинских работников по факту ненадлежащим образом оказанной медицинской помощи, материалов гражданских дел по искам граждан к медицинским организациям, то есть, так называемых «врачебных дел». Это закономерно приводит к росту количества выполнения по такого рода делам судебно-медицинских экспертиз [1–3]. Конечным итогом выполнения любой судебно-медицинской экспертизы, в том числе, по материалам «врачебных дел», являются выводы, то есть ответы

на поставленные в определении или постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы вопросы.

Одним из существенных вопросов, определяющим, с одной стороны ответственность медицинского работника по той или иной статье Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК РФ) [4], или ответственность медицинской организации с точки зрения гражданского права – с другой, является определение степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека допущенными недостатками оказания медицинской помощи.

Был проведён анализ 941 комиссионной судебно-медицинской экспертизы, выполненной по материалам «врачебных дел». 591 заключение (62,8% от всех анализируемых) касалось оценки недостатков оказания медицинской помощи, которые характеризуются бездействием, то есть невыполнением необходимых диагностических и лечебных мероприятий. При выполнении 163 заключений (17,3% от всех анализируемых заключений и 27,6% от всех заключений данной группы) ставился вопрос об определении степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека допущенными недостатками оказания медицинской помощи. При этом, в 46 заключениях было установлено наличие прямой причинно-следственной связи между выявленными недостатками оказания медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода. Но в некоторых заключениях был дан отрицательный ответ на вопрос о степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека с мотивировкой, что в дефиниции вреда здоровью отсутствует упоминание бездействия.

Таким образом, одной из существенных проблем, встающих перед комиссией экспертов, является установление степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека недостатками в оказании медицинской помощи в виде бездействия (полного или частичного).

При возбуждении уголовных дел в отношении медицинских работников, в частности, по составу преступления, предусмотренному ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному», в соответствии с ч. 1 больному

должен быть причинён средней тяжести вред здоровью, ч. 2 – тяжкий вред здоровью. При этом, исходя из цитируемой статьи УК РФ, вред здоровью должен быть причинён именно бездействием (синоним не оказания, то есть, отсутствия оказания или отсутствия действия медицинского работника) медицинского работника.

Созвучна со ст. 124 УК РФ введённая в 2019 г. ст. 124.1 *«Воспрепятствование оказанию медицинской помощи» «1. Воспрепятствование в какой бы то ни было форме законной деятельности медицинского работника по оказанию медицинской помощи, если это повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента»*. В данной статье также подразумевается причинение тяжкого вреда здоровью через бездействие медицинского работника, но уже по чужой вине, тем не менее, именно бездействие должно причинить вред здоровью.

В ст. 293 УК РФ *«Халатность» «1. Халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе либо обязанностей по должности...»* в ч. 2 указано, что *«2. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека»*. Указанной статьёй УК РФ также предусмотрено причинение тяжкого вреда здоровью в результате бездействия, обозначенного, в том числе, как неисполнение.

Однако, в соответствии со ст. 2 Постановления Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 *«Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека»* (Далее – Постановление 522) *«Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических факторов внешней среды»* и в соответствии со ст. 5 Приказ Минздрава России от 24.04.2008 № 194н *«Об утверждении*

Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (далее – Приказ 194н) *«Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды»*, при этом бездействие в данных определениях не упоминается и бездействие медицинского работника не попадает под какой-нибудь фактор внешней среды [5, 6]. То есть цитируемые статьи Постановления 522 и Приказа 194н в этой части противоречат УК РФ.

В ст. 2 Постановления 522 упомянут также психический фактор внешней среды, который в Приказе 194н уже трансформирован в психогенный. Что именно следует понимать под психическим или психогенным фактором внешней среды, ничего не сказано ни в цитируемых нормативно-правовых актах, ни в комментариях к ним.

О психических, психогенных факторах, влияющих на здоровье человека, много сказано именно психиатрами и психологами.

*«В психологии традиционным стало представление о взаимосвязи между свойствами личности, функциональными состояниями и процессами, протекающими в организме. В свою очередь, имеет место связь здоровья, функциональных состояний организма и отношений личности. Существует множество факторов (как внешних – влияний среды, так и внутренних, обусловленных типологическими особенностями человека), воздействующих на здоровье. Можно сформировать три группы факторов, корреляции которых со здоровьем или с болезнью наиболее сильны: первичные (предшествующие), передающие (транслирующие) и мотиваторы (факторы общего реагирования)» [7].*

Можно утверждать, что психический (психогенный) фактор внешней среды находится в некотором противостоянии с остальными тремя факторами (физическим, химическим и, отчасти, биологическим):

- психический (психогенной) фактор не привносит нарушение анатомической целостности, лишь нарушение физиологической функции, с другой стороны остальные три, приводят и к нарушению анатомической целостности, и к нарушению физиологической функции;

- психический (психогенной) фактор невозможно измерить количественно, с другой стороны, остальные три возможно: физический (масса, сила удара, скорость и так далее), химический (концентрация, и так далее), биологический (количество микроорганизмов, например, измеренное в КОИ, колониеобразующих единицах);

- психический (психогенной) фактор далеко не всегда имеет чётко определяемое начало и конец, с другой стороны, остальные три фактора имеют в своём воздействии чёткое начало его и окончание воздействия (тупого твёрдого или острого предмета, химически активного вещества, микроорганизма);

- психический (психогенной) фактор может быть выражен в виде активного действия (психического воздействия речью, активными поступками и так далее), так и бездействия (игнорирование и пр.), физический, химический и биологический фактор оказывают воздействие лишь действием и не могут оказать воздействие бездействием.

Приведённое сравнение психического (психогенного) фактора внешней среды с физическим, химическим и отчасти и биологическим показало, что они, с одной стороны, имеют существенные различия, с другой – психический (психогенный) фактор внешней среды имеет несколько схожих признаков с бездействием, то есть может проявляться и бездействием.

С высказанным мнением совпадают и мнения как советских, так и зарубежных юристов, которые были высказаны в середине прошлого века. Так Т.В. Церетели ещё в 1963 указывала, что *«приведенные случаи настолько демонстративно указывают на причиняющий характер бездействия, что некоторые буржуазные юристы, принципиально отвергающие причинную связь при бездействии, вынуждены признать, что бездействие может быть иногда психически действующей причиной»* [8, с. 262]. В приведённой цитате

видный советский юрист также пришла к выводу, что бездействие является собой активное психологическое воздействие, что приравнивает его, фактически, к иным видам активного воздействия. Далее Т.В. Церетели справедливо отмечает, что *«совершенно очевидно, что, если бы бездействие не имело никакого причиняющего характера, то оно не могло бы проявиться и как психически действующая причина»* [8, с. 262].

Западными юристами середины прошлого века не так безоговорочно принималась каузальность бездействия, тем не менее, они признавали, что, например, *«там, где закон причинности принимает форму мотивации человеческих действий, опущение может действовать каузально... Тот факт, что Тезей упустил поднять белый парус, заставило его отца броситься от скалы в море»* [9]. В цитируемом примере бездействие воздействует через психологический фактор, что также приравнивает его к активному действию и позволяет оценивать, в том числе, и по степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека.

Таким образом, проведённым анализом показано, что в Постановлении 522 и в Приказе 194н в дефиниции вреда здоровью косвенно заложено понятие бездействия, что указывает на возможность его использования в практической деятельности судебно-медицинского эксперта при ответе на вопросы, касающиеся определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека.

## Литература

1. Гусаров А.А., Попова Т.Г., Фетисов В.А., Кураева Е.Ю., Шония Е.А. Клинико-экспертная оценка неблагоприятных последствий оказания стоматологической имплантологической помощи. Судебно-медицинская экспертиза. 2017;60(3):34–38.
2. Быховская О.А., Филатов А.И., Лобан И.Е., Исаков И.Д. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников. Судебно-медицинская экспертиза. 2018;61(5):18–20.
3. Шмаров Л.А. Проблемы причинности в судебно-медицинских экспертизах по «врачебным делам». Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(1):5–11.
4. «Уголовный кодекс Российской Федерации»: федеральный закон от 3 июня 1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 28.12.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2025). Собрание законодательства РФ. 1996;25:ст.2954.

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011) «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Собрание законодательства РФ. – 2007. – № 35. – ст. 4308.

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.08.2008 № 12118) // «Российская газета». – 2008. – № 188.

7. Дружилов С.А. Психологические факторы здоровья человека и детерминанты его негативных психических состояний в труде // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 10-2. – С. 250-253.

8. Церетели Т.В. Причинная связь в уголовном праве / Церетели Т.В.. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Госюриздат, 1963. - 382 с.

9. A. Graf zu Dohna, Der Aufbau der Verbrechenslehre, Bonn, 1936, S. 113.

## ВРЕД ЗДОРОВЬЮ – ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

*д.м.н. Л.А. Шмаров*

*Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, Москва*

**Аннотация:** с 2008 года в Российской Федерации действуют «Медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», и к настоящему времени накопилось большое количество проблем, связанных с однозначным использованием указанных критериев. В статье приведён исторический и логический анализ самого понятия вред здоровью и предложено внести изменения в данную дефиницию. Также перечислены иные проблемы, которые встают перед судебно-медицинскими экспертами при определении тяжести вреда, причинённого здоровью. Основными методами исследования были аналитический и логический.

**Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза, вред здоровью, суждение, конъюнкция, дизъюнкция.

## HARM TO HEALTH – THE MAIN PROBLEMS

*L.A. Shmarov*

*Federal Center of Forensic Medical Expertise Russian Ministry of Health, Moscow*

**Summary:** Since 2008, there have been «Medical criteria for determining the severity of harm caused to human health» in the Russian Federation, and by now a large number of problems have accumulated related to the unambiguous use of these criteria. Svatye provides a historical and logical analysis of the very concept of harm to health and suggests making changes to this definition. Other problems that forensic medical experts face in determining the severity of harm caused to health are also listed. The main research methods were analytical and logical.

**Keywords:** forensic medical examination, harm to health, judgment, conjunction, disjunction.

В 2007 году было принято Постановление Правительства РФ от 17.08.2007 № «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (далее – Постановление 522), в 2008 году – Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 № 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (далее – Приказ 194н), которые регламентируют определение степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека [1, 2]. И по прошествии более, чем 16-ти лет практического использования этих нормативных правовых актов накопилось большое количество вопросов, которые требуют однозначного своего разрешения, прежде всего, для целей единообразного определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, чего в настоящее время не наблюдается.

Объём статьи не позволяет детально остановиться на всех проблемах, возникающих при определении степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, поэтому далее они будут лишь обозначены, без их однозначного решения, что возможно в самых различных вариантах и самый действенный, по моему мнению, принятие нового приказа. Детально будет рассмотрена лишь сама дефиниция вреда здоровью и сложности в её использовании.

Согласно п. 2 Постановления 522 и п. 5 Приказа 194н «Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психических (психогенных в Приказе 194н) факторов внешней среды».

Так, «Правила для составления заключений о тяжести повреждений» 1922 года, и «Правила для составления заключения о тяжести повреждения» 1928 года трактовали телесные повреждения, как *«нарушения анатомической целостности или физической функции тканей и органов человеческого тела, вызванные механическими, физическими, химическими, инфекционными факторами или психическими инсультами»* [3, 4].

В цитируемых правилах есть существенное отличие от Приказа 194н, а именно, разделение анатомической целостности и физической функции союзом «или», что указывает на возможность присутствия лишь одного из двух этих компонентов.

Давая определения термину телесные повреждения «Правила определения степени тяжести телесных повреждений» 1961 года («нарушение анатомической целостности или физиологической функции тканей или органов воздействием факторов внешней среды»), а также «Правила судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений» 1978 года (*«нарушения анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей, возникшие в результате воздействия факторов внешней среды»*) также разделяют нарушение анатомической целостности и физиологическую функцию, допуская их отдельное существование в оценке телесного повреждения [5, 6].

Наиболее интересное определение вреда здоровью содержится в Приказе от 10 декабря 1996 г. № 407 Министерства здравоохранения Российской Федерации «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз», где сказано, что *«под вредом здоровью понимают либо телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических»* [7].

Как было процитировано выше, в Правилах 1922 г., Правилах 1928 г., Правилах 1961 г., в Правилах 1978 г. и в Правилах 1996 г. в дефинициях телесного повреждения (Правила 1922, 1928, 1961 и 1978 гг.) и вреда здоровью (Правила 1996 г.) фигурирует союз или («нарушения анатомической целостности или физической функции»), при этом в Правилах 2008 г. (и в постановлении Правительства 522) фигурирует союз и («нарушение анатомической целостности и физиологической функции»).

Все вышеприведённые дефиниции телесных повреждений и вреда здоровью являются суждениями, являющимися с точки зрения логики *«мыслью, в которой утверждается наличие или отсутствие каких-либо объектов, их свойств, либо связей между ними»* [8, с. 82]. При этом, цитируемые дефиниции являются сложными суждениями, являющимися высказываниями, которые состоят из двух или более простых, соединённых между собой логическим союзом [9, с. 113]. В данном случае, используются два логических союза. Один из них, это конъюнкция (соединение), и суждения являются соединительными или конъюнктивными. Другой – дизъюнкция (разделение), которая в свою очередь может быть строго-разделительной (или-или), или нестрого разделительной (наличие по крайней мере одной из возможных ситуаций) [9, с. 113].

Применительно к дефинициям телесного повреждения или вреда здоровью, имеется два понятия, анатомическая целостность (А) и физиологическая функция (В), которые вместе образуют суждение, которое или истинно (И), или ложно (Л), что можно представить в виде нескольких таблиц истинности сложных суждений, которые будут приведены далее.

**Таблица 1.** Таблица истинности соединительного (конъюнктивного) суждения ( $\wedge$ ) о вреде здоровью

| Анатомическая целостность | Физиологическая функция | $A \wedge B$ |
|---------------------------|-------------------------|--------------|
| и                         | и                       | и            |
| и                         | л                       | л            |
| л                         | и                       | л            |
| л                         | л                       | л            |

Как следует из таблицы 1, истинности (и), вред здоровью, как соединительное (конъюнктивное) суждение, истинен лишь при наличии и нарушения анатомической целостности, и нарушения физиологической функции. При ложности (л) чего-либо (то есть отсутствии или невозможности объективизировать) суждение ложно, то есть вреда здоровью нет.

И если доказать наличие нарушения физиологической функции даже при наличии незначительных повреждений, возникших от различных факторов внешней среды (например даже причинение ссадины приводит к нарушению барьерной функции кожи) возможно, то в ряде случаев при наличии нарушения физиологической функции доказать наличие и объективизировать нарушение анатомической целостности бывает затруднительно и даже практически невозможно (например при некоторых отравлениях, при воздействии психогенного (психического) фактора и так далее). Сказанное делает в некоторых случаях дефиницию вреда здоровью в виде соединительного (конъюнктивного) суждения трудноприменимым в практической деятельности судебно-медицинского эксперта.

В связи со сказанным далее будет рассмотрен вариант дефиниции вреда здоровью в виде строгого разделительного (дизъюнктивного) суждения.

**Таблица 2.** Таблица истинности строгого разделительного (дизъюнктивного) суждения ( $\vee$ ) о вреде здоровью.

| Анатомическая целостность | Физиологическая функция | $A \vee B$ |
|---------------------------|-------------------------|------------|
| и                         | и                       | л          |
| и                         | л                       | и          |
| л                         | и                       | и          |
| л                         | л                       | л          |

Строгое разделительное (дизъюнктивное) суждение истинно при истинности только одной из посылок и ложности другой, то есть оно звучит, как либо-либо, или-или. Как следует из таблицы 2, истинности, вред здоровью, как строгое разделительное (дизъюнктивное) суждение, истинен лишь при наличии или отсутствии анатомической целостности и при соответственно отсутствию и наличии нарушения физиологической функции. При этом, при одновременном наличии нарушения анатомической целостности и нарушения физиологической функции, суждение вред здоровью не истинное. Очевидно, что такой вариант интерпретации вреда здоровью не приемлем в большинстве случаев, когда нарушение

анатомической целостности сопровождается нарушением физиологической функции.

Далее будет рассмотрен вариант дефиниции вреда здоровья в виде нестрогого разделительного (дизъюнктивного) суждения.

Нестрогое разделительное (дизъюнктивное) суждение истинно при истинности двух посылок, а также при истинности любой из посылок. Как следует из таблицы 3, истинности, вред здоровью, как нестрогое разделительное (дизъюнктивное) суждение, истинно при наличии или отсутствии анатомической целостности и при соответственно отсутствии и наличии нарушения физиологической функции, а также при их одновременном наличии.

**Таблица 3.** Таблица истинности нестрогого разделительного (дизъюнктивного) суждения ( $\vee$ ) о вреде здоровью.

| Анатомическая целостность | Физиологическая функция | $A \vee B$ |
|---------------------------|-------------------------|------------|
| и                         | и                       | и          |
| и                         | л                       | и          |
| л                         | и                       | и          |
| л                         | л                       | л          |

Именно такой подход наиболее соответствует практическому применению понятия вред здоровью, так как не всегда возможно установить нарушение анатомической целостности при наличии нарушения физиологической функции и наоборот, а также, что бывает наиболее часто, имеется одновременное их наличие. При этом очевидно, что наличие одного всегда подразумевает наличие другого, только их одновременное определение в ряде случаев затруднительно.

Как следует из таблиц истинности суждений, нестрогое разделительное (дизъюнктивное) суждение представляет собой некое совмещение соединительного (конъюнктивного) и строгого разделительного (дизъюнктивного) суждений. То есть, для однообразного восприятия такого подхода, целесообразно использовать один логический союз «или».

С высказанным положением отчасти согласуется и позиция Верховного суда Российской Федерации, изложенная в решении по делу АКПИ321-339

от 12.07.2021 г. [10]. В административном исковом заявлении административный истец, в том числе, оспаривала дефиницию вреда здоровью, содержащуюся в п. 5 Приказа 194н. Административный истец, в том числе, оспаривала в формулировке вреда здоровью наличие частицы «и», которая, по её мнению, порождала правовую неопределённость, требуя одновременное наличие как нарушения анатомической целостности, так и физиологической функции. Судом было установлено, что *«нормативных правовых актов, обладающих большой юридической силой, которым бы противоречили пункты 5, 6.2, 6.2.7, 9 и 23 Медицинских критериев, не имеется»*, в связи с чем было постановлено решение об отказе в удовлетворении административного искового заявления гр-ки К. о признании недействующими пунктов 5, 6.2, 6.2.7, 9 и 23 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, утверждённых приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н. Таким образом, с одной стороны, имеется недопонимание в дефиниции вреда здоровью с использованием союза «и», с другой стороны, имеется решение Верховного суда Российской Федерации, которым постановлена возможность наличия этого союза в оспариваемой дефиниции. Таким образом, использование союза «или» будет однозначно характеризовать исследуемое суждение, как нестрогое разделительное (дизьюнктивное), при этом, одинаково всеми воспринимаемое.

Проведённый анализ позволяет предложить следующую дефиницию вреда здоровью, являющуюся лишь небольшой модификацией дефиниции Приказа 194н: *«Под вредом, причиненным здоровью человека, понимается нарушение анатомической целостности или физиологической функции органов и тканей человека в результате воздействия физических, химических, биологических и психогенных факторов внешней среды»*.

Анализ поступающих в ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России материалов уголовных и гражданских дел, имеющие выполненные судебные

медицинские экспертизы с решением вопросов о тяжести вреда, причинённого здоровью человека, показал, что это лишь одна из проблем, возникающая при использовании Приказа 194, их гораздо больше, например, такие как:

- при наличии нескольких повреждений, каждое из которых повлекло определённый процент стойкой утраты общей трудоспособности – что делать с этими процентами, складывать, учитывать наибольший или что-то иное?

- перелом одной или двух костей, составляющих локтевой или коленный сустав – тяжкий вред здоровью?

- перелом шиловидного отростка – тяжкий вред здоровью?

- перелом любой части решетчатой кости – тяжкий вред здоровью?

- нарушение анатомической целостности каркаса грудной клетки – сколько рёбер должно быть сломано?

И многие другие, в том числе, по которым постоянно даёт разъяснения Минздрав России и связи с чем назначаются и выполняются множественные повторные судебно-медицинские экспертизы, увеличивая процессуальные сроки и увеличивая нагрузку на судебно-медицинских экспертов.

## Литература

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011) «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» // Собрание законодательства РФ. – 2007. – № 35. – ст. 4308.

2. Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 13.08.2008 № 12118) // «Российская газета». – 2008. – № 188.

3. «Правила для составления заключений о тяжести повреждений», утверждены Наркомюстом РСФСР, Наркомздравом РСФСР, циркуляром НКЮ от 16.11.1922 № 146.

4. «Правила для составления заключения о тяжести повреждения», утверждены Наркомздравом и Наркомюстом 27.01.1928 («Бюллетень Наркомздрава», 1928 г., № 3).

5. «Правила определения степени тяжести телесных повреждений», утверждены Минздравом РСФСР 04.04.1961 г.

6. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 11.12.1978 № 1208 «О введении в практику общесоюзных «Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений».

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.12.1996 № 407 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз».

8. Ивлева М.И. Логика: учеб. пособие. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Маркет ДС, 2009. – 192 с. (Университетская серия).

9. Грядовой Д.И. Логика. Общий курс формальной логики: учебник для студентов вузов. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2013. – 327 с. – (Серия «Cogito ergo sum»).

10. Решение Верховного суда Российской Федерации, изложенная в решении по делу АКПИ321-339 от 12.07.2021 г. по административному делу по административному исковому заявлению К. о признании недействующими пунктов 5, 6.2, 6.2.7, 9 и 23 Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н.

## **СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ЭКСПЕРТИЗ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ ЗА 2020–2023 гг.**

*д.м.н., профессор О.Д. Ягмуров<sup>1</sup>, д.м.н., профессор В.Д. Исаков<sup>1,2</sup>,  
К.Д. Данилин<sup>2</sup>, Т.Е. Погудина<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Санкт-Петербург*

<sup>2</sup>*ФБГОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург*

**Аннотация:** Одним из основных видов судебно-медицинской экспертной деятельности является проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз. Этот вид экспертизы характеризуется большим объемом исследований и имеет ключевое значение для обеспечения объективности установления истины в уголовном, гражданском и административном судопроизводстве. Выполненное исследование комиссионной деятельности ГБСМЭ в СЗФО за 2020–2021 гг. выявило положительный рост количества производимых комиссионных экспертиз, происходящие изменения в их структуре и сроках выполнения.

**Ключевые слова:** Северо-Западный федеральный округ, судебная медицина, экспертизы по материалам дела, структура и динамика.

## **STRUCTURE AND DYNAMICS OF EXAMINATIONS BASED ON CASE MATERIALS IN THE NORTH-WESTERN FEDERAL DISTRICT OF RUSSIA FOR 2020–2023**

*O.D. Yagmurov<sup>1</sup>, V.D. Isakov<sup>1,2</sup>, K.D. Danilin<sup>2</sup>, T.E. Pogudina<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Saint Petersburg State Bureau of Forensic Medical examination, Saint Petersburg*

<sup>2</sup>*Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg*

**Summary:** *One of the main types of forensic medical expertise is conducting commission forensic medical examinations. This type of examination is characterized by a large amount of research and is of key importance for ensuring the objectivity of establishing the truth in criminal, civil and administrative proceedings. A study of the commission activities of the GBSME in the Northwestern Federal District for 2020-2021 revealed a positive increase in the number of commission examinations performed, changes in their structure and deadlines.*

**Keywords:** *North-Western Federal District, forensic medicine, examination of case materials, structure and dynamics.*

Судебно-медицинская экспертиза играет ключевую роль в системе правосудия, обеспечивая объективное и независимое исследование фактов, имеющих значение для установления истины в уголовном, гражданском и административном судопроизводстве. Комиссионные и комплексные экспертизы, назначаемые следствием по материалам дела, становятся все более востребованными, так как они позволяют объединить опыт и знания нескольких специалистов для достижения наиболее точных и обоснованных выводов. Кроме того, количество, виды и цели назначения таких экспертиз отражают правоприменительную практику соответствующего периода развития общественных отношений, законодательной базы страны и особенностей её исторического этапа.

Настоящее исследование проводилось с целью обобщения и анализа результатов деятельности государственных Бюро судебно-медицинской экспертизы (ГБСМЭ) Северо-Западного федерального округа России.

Материалами исследования служили годовые справочно-информационные данные по работе отделов комиссионных экспертиз ГБСМЭ СЗФО за 4 года (2020–2023 гг.). Изучались их структура, штаты, особенности экспертной деятельности, сроки проведения экспертиз (исследований).

Установлено, что в СЗФО в 2020–2023 гг. наблюдалась положительная динамика роста производства комиссионных экспертиз (за исключением некоторого падения в 2022 г.). Всего за исследуемый период во всех отделах комиссионных экспертиз ГБСМЭ было произведено 12387 экспертиз и исследований, из них: первичных – 8818; дополнительных – 1581; повторных

– 719; комплексных – 1299. В 2023 г. в округе было выполнено 3420 комиссионных экспертиз.

Для сравнения следует отметить, что ежегодный количественный рост экспертной работы в этот период наблюдался также при выполнении генетических и биохимических экспертиз (исследований). Однако в отношении других видов экспертиз в 2020–2023 гг. наблюдалось ежегодное снижение. Это касалось экспертиз трупов, живых лиц, гистологических, судебно-химических и медико-криминалистических исследований. Количество биологических экспертиз оставалось практически на прежнем уровне (биология).

Лидером по общему количеству выполненных комиссионных экспертиз было СПб ГБУЗ «БСМЭ», в котором выполнялось, в целом, около 40% (в 2023 г – 42,9%) от всего годового объёма проведенных в СЗФО комиссионных экспертиз. На втором месте по числу таких экспертиз в 2023 г. оказалась Республика Коми – 17,6%, в БСМЭ Архангельской и Ленинградской областей доля выполненных экспертиз составила: 10,4% и 8,3%, соответственно.

Указанные объёмы комиссионной работы обеспечивались наличием в отделах комиссионных экспертиз всех ГСМЭ СЗФО около 70 должностей врачей судебно-медицинских экспертов (от 68 – в 2020 г., до 72 – в 2023 г.).

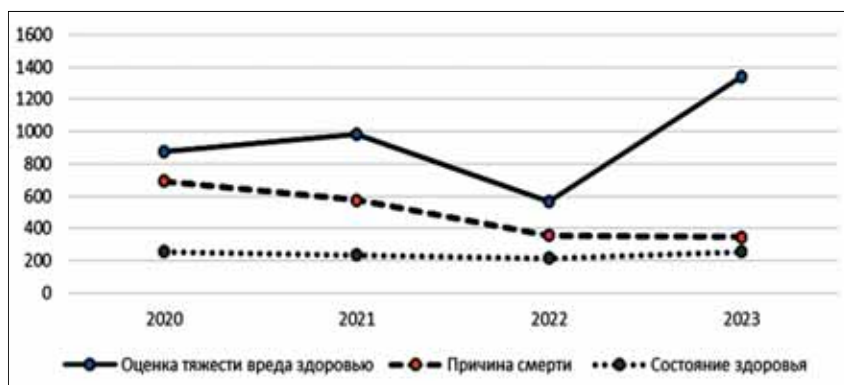
Следовательно, в период 2020–2023 гг. на 1 штатную должность эксперта отделов приходилось в год выполнение, в среднем, около 43 судебно-медицинских комиссионных (комплексных) экспертиз. На практике эта средняя по округу цифра была несколько больше с учётом, что не все штатные должности в отделах были всегда полностью заполнены физическими лицами работников. В некоторых же ГСМЭ нагрузка на одного эксперта достигала 80–100 экспертиз в год (а иногда и более).

Сопоставление выделяемых штатных должностей и занятых сотрудниками свидетельствует, что значение занятости ставок в отделах комиссионных экспертиз по округу в 2020 г. составляло, в среднем, 62% (в

2023 г. оно увеличилось до 66%). Однако в ряде Бюро на протяжении 4-х исследуемых лет все рабочие места экспертов оставались полностью (100%) занятыми: в ГСМЭ Санкт-Петербурга, Ленинградской области, Вологды, Карелии, Мурманска и Пскова.

Изучение структуры выполняемых в отделах комиссионных экспертиз показало, что наблюдалась выраженная положительная динамика роста исследований по оценке тяжести вреда здоровью у живых лиц (Рис. 1). Так, в 2023 г. было проведено 1339 таких экспертиз, что составило 39,1% от всего объёма комиссионных исследований. На втором месте по частоте были экспертизы состояния здоровья – 255 (7,5%).

Экспертизы по установлению причины смерти показали отрицательную динамику, в 2023 г. их выполнено 248 (7,2%), в 2020 г. таких экспертиз было 594 (23,1%). Доли других видов экспертиз (определение трудоспособности, половых состояний, механизма и давности травмы) с течением времени значимо не изменялись.



*Рис. 1. Динамика изменения структуры комиссионных исследований в 2020–2023 гг.*

Анализ сроков производства комиссионных экспертиз показал, что в среднем в период 2020–2023 гг. исследования выполнялись в сроки до 14 дней – в 35% случаев; 15–30 дней – 36%; свыше месяца – 29%. Но если рассматривать этот показатель в динамике по годам, оказалось, что в 2020 г.

большая часть экспертиз – 45% производилась в сроки до 14 дней; 27% экспертиз – в сроки 15–30 дней; 27% – свыше месяца.

Однако к 2023 г. ситуация постепенно изменилась: большая часть экспертиз – 51% стала проводиться в сроки 15–30 дней, а до 14 дней выполнялись 24% экспертиз. В срок свыше месяца доля экспертиз значимо не изменилась – 25%.

В ходе исследования было отмечено, что наряду с общим ростом количества выполняемых комиссионных экспертиз, вышеописанными изменениями сроков их производства в 2020–2023 гг., также имело место и увеличение количества незавершенных к концу года экспертиз. Их было, соответственно годам наблюдения: 377, 460, 496 и 488. Можно предположить, что в этот период нагрузка на имеющихся экспертов постепенно возрастала не только в результате увеличения числа назначаемых экспертиз, но и возможно, из-за увеличения сложности, объема предоставляемых следствием материалов, количества ставящихся вопросов, а также неравномерности назначения экспертиз в течение года.

Таким образом, выполненный анализ комиссионной судебно-медицинской экспертной деятельности ГБСМЭ в СЗФО позволяет констатировать, что в последние годы наблюдался положительный рост количества производимых комиссионных экспертиз (за исключением некоторого падения в 2022 г.). Этот рост сопровождался не критичным увеличением сроков, а также увеличением количества незавершенных к концу года экспертиз.

Полученные результаты подчеркивают необходимость тщательного мониторинга и оптимизации ресурсов для обеспечения высокого качества судебно-медицинской экспертной работы.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

1. **АМИРОВ Табриз Бахтияр оглы** – ординатор 2-го года обучения кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России; 194000, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; e-mail: huseynhumbetzade@gmail.com.
2. **АПАНАСЕВИЧ Владимир Иосифович** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Контактный адрес: 690002, Приморский край, г. Владивосток, проспект Острякова, 2. e-mail: oncolog2222@mail.ru. ORCID: 0000-0003-0808-5283.
3. **БАБОЕВ Аскирбей Хусеинович** – заслуженный врач КЧР, негосударственный судебно-медицинский эксперт, индивидуальный предприниматель, преподаватель курса судебной медицины и судебной психиатрии кафедры уголовного права и процесса Юридического института Северо-Кавказской государственной академии, г. Черкесск. Контактный адрес: 369015, КЧР, г. Черкесск, ул. Театральная, д. 37. e-mail: asker04@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3015-3959>.
4. **БАРИНОВ Андрей Евгеньевич** – старший лаборант кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России; адрес: 111396, Москва, Федеративный проспект, д. 17, корп. 6, тел. +7(495)303-37-20; e-mail: andrey\_ch94@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5923-8927>.
5. **БАРИНОВ Евгений Христофорович** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, профессор кафедры судебной медицины Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы; адрес: 111396 Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп. 6.; e-mail: ev.barinov@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4236-4219>.
6. **БАРКУН Анастасия Валерьевна** – ординатор 1-го года по специальности «Судебно медицинская экспертиза» ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Владивосток, Россия). Контактный адрес: 690002, Приморский край, г. Владивосток, проспект Острякова, 2.; e-mail: tio\_ray\_amder@mail.ru. ORCID: 0009-0000-9457-3114.

7. **БАХРИЕВ Ибрагим Исомадинович** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующей кафедрой судебной медицины и медицинского права Ташкентской медицинской академии. Почтовый адрес: Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Шифокорлар-2, 7 М. e-mail: ibragim.bakhriev@mail.ru.
8. **БЕКЕТОВА Юлия Сергеевна** – ординатор 2-го года обучения кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России; 194000, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; e-mail: julia\_6704@rambler.ru; ORCID: 0009-0001-2921-1675.
9. **БОЖЧЕНКО Александр Петрович** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России; 194000, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; e-mail: bozhchenko@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7841-0913.
10. **БОЙКО Игорь Борисович** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры гистологии, патологической анатомии и медицинской генетики Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактный адрес: 390026, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9; e-mail: olgaboiko.2012@mail.ru; ORCID 0000-0003-4017-9802.
11. **БУЛАВИНА Людмила Валерьевна** – государственный медицинский судебный эксперт Управления Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по Гомельской области. Контактный адрес: Республика Беларусь, 246028, Гомель, ул. Кожара, д. 5а. e-mail: ludmula2403@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5468-3305>.
12. **БУРЛАКОВ Сергей Юрьевич** – ассистент кафедры, аспирант кафедры судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактный адрес: 153012, Ивановская область, г. Иваново, Шереметевский проспект, 8; e-mail: burlakovserey@yandex.ru. ORCID iD 0000-0001-9049-6828.
13. **БЫКОВА Елена Георгиевна** – кандидат юридических наук, доцент, доцент кафедры уголовного права, криминологии и уголовного процесса Екатеринбургского филиала ФГКОУ ВО «Московская академия Следственного комитета Российской Федерации имени А.Я. Сухарева». Контактный адрес: 620142, г. Екатеринбург, ул. Щорса, д. 18, каб. 209. e-mail: nega83-03@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3850-9366>.

14. **ВАКУЛЕНКО Ирина Валерьевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Контактный адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121. e-mail: irina-vakulyenko@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-3482>.
15. **ВЛАДИМИРОВ Владимир Юрьевич** – профессор кафедры управления органами расследования преступлений Академии управления МВД России, доктор юридических наук профессор, Заслуженный юрист Российской Федерации, академик РАЕН и МАНЭБ, советник РАРАН. Почтовый адрес организации: Москва, ул. Зои и Александра Космодемьянских, д. 8; e-mail: veteran.fskn@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7190-7011>.
16. **ГОЛУБЕВА Александра Владимировна** – кандидат медицинских наук, начальник ГБУЗ «Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 690105, Приморский край, г. Владивосток, ул. Русская, 61в. e-mail: alexandra\_vii@mail.ru. ORCID: 0000-0003-2477-2702.
17. **ГУМБАТЗАДЕ Гусейн Арет оглы** – ординатор 2-го года обучения кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России; 194000, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; e-mail: huseynhumbetzade@gmail.com.
18. **ДАНИЛИН Кирилл Денисович** – ординатор по специальности судебная медицина кафедры ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47; e-mail: vip.dzhangp@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1803-7907>.
19. **ДЕСОВА Евгения Николаевна** – врач – судебно-медицинский эксперт отделения первичных комиссионных и комплексных экспертиз Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 195067, Россия, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., 10. Телефон: +7 (812) 544-17-17; e-mail: desova.doc@inbox.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8331-7446>.
20. **ДЖУВАЛЯКОВ Сергей Лаврентьевич** – кандидат медицинских наук, начальник государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 414024, г. Астрахань, ул. Фридриха

Энгельса, д. 10. e-mail: [dzuvalyakov@yandex.ru](mailto:dzuvalyakov@yandex.ru); ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8676-6581>.

21. **ДМИТРИЕВА Ольга Анатольевна** – доктор медицинских наук, профессор Российской Академии Естествознания, заведующий отделением судебно-медицинской экспертизы по материалам дела ГБУЗ «Приморское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 690105, г. Владивосток, ул. Русская, 61в. e-mail: [dmitolga@mail.ru](mailto:dmitolga@mail.ru). ORCID: 0000-0002-9639-4985.
22. **ЕГОРОВА Юлия Евгеньевна** – врач – судебно-медицинский эксперт отделения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела ГБУЗ НО «Нижегородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 603104, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 70, корпус 2, помещение П1. E-mail: [greenam@yandex.ru](mailto:greenam@yandex.ru). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4170-0359>.
23. **ЗАРАХОВИЧ Александр Эдуардович** – заведующий научно-исследовательской лабораторией судебных медицинских и психиатрических исследований государственного учреждения «Научно-практический центр Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь». Контактный адрес: Республика Беларусь, 220114, г. Минск, ул. Филимонова, д. 25. e-mail: [alekzara28@gmail.com](mailto:alekzara28@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2223-4767>.
24. **ИСАКОВ Владимир Дмитриевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кабинетом управления качеством экспертной работы Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», профессор кафедры ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., д.10. e-mail: [profivd@mail.ru](mailto:profivd@mail.ru). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9127-2631>.
25. **КАТАЕВ Александр Станиславович** – начальник управления межрегионального взаимодействия и координации медицинского обеспечения ИУФ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кандидат медицинских наук. Контактный адрес: 105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70. e-mail: [kataev03@mail.ru](mailto:kataev03@mail.ru), SPIN-код: 2418-7177. AuthorID: 814757.
26. **КИСЕЛЕВ Виктор Владимирович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Контактный

адрес: 295051, Симферополь, Бульвар Ленина 5/7. e-mail: omutoloki@mail.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6425-0111>.

27. **КОМАРОВА Ирина Викторовна** – врач – судебно-медицинский эксперт Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., 10, Телефон: +7 (812) 544-17-17; e-mail: [sudmed@zdrav.spb.ru](mailto:sudmed@zdrav.spb.ru). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6512-0984>.
28. **КОРЯКИНА Валерия Александровна** – врач – судебно-медицинский эксперт отделения первичных комиссионных и комплексных экспертиз Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», ассистент кафедры ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., 10. Телефон: +7 (812) 544-17-17; e-mail: [sudmed@zdrav.spb.ru](mailto:sudmed@zdrav.spb.ru). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6950-0313>.
29. **КОСУХИНА Оксана Игоревна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России. Контактный адрес: 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. Доцент кафедры уголовных дисциплин ГКОУ ВО «Российская таможенная академия». Контактный адрес: г. Люберцы, ул. Комсомольский проспект д.4. e-mail: [u967nk@yandex.ru](mailto:u967nk@yandex.ru). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1665-3666>.
30. **КОЩЕЕВА Ксения Юрьевна** – врач – судебно-медицинский эксперт отделения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела ГБУЗ НО «Нижегородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 603104, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 70, корпус 2, помещение П1. email: [ksyshenciya84@mail.ru](mailto:ksyshenciya84@mail.ru). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5302-8264>.
31. **КУЛИКОВ Сергей Николаевич** – доцент, кандидат медицинских наук, врач по специальности «судебно-медицинская экспертиза», имеющий высшее юридическое образование по специальности «юриспруденция», доцент кафедры судебной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования, «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, осуществляющий процесс ординатуры на кафедре, по подготовке кадров врачей-специалистов высшей квалификации по специальности «судебно-медицинская экспертиза», член Ассоциации Судебно-Медицинских Экспертов (Ассоциация

СМЭ), соруководитель Ассоциации СМЭ по Самарскому региону. Контактный адрес: Адрес: г. Самара, 443056, ул. Московское шоссе, д. 2, кв. 72; e-mail: pretor\_kulikov@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1867-3241>.

**32.ЛАВРЕНТЮК Георгий Петрович** – доктор медицинских наук, профессор, врач – судебно-медицинский эксперт кабинета управления качеством экспертной работы Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы»; профессор кафедры ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., д. 10. Телефон: +7 (812) 544-17-17; e-mail: sudmed@zdrav.spb.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4883-9863>.

**33.ЛЕБЕДЬ Александр Борисович** – заведующий Задонским межрайонным судебно-медицинским отделением – врач-судебно-медицинский эксперт ГУЗ «Липецкое областное Бюро судебно-медицинской экспертизы», контактный адрес: 398017, г. Липецк, ул. И.Г. Гришина, д. 17. телефон: +7(4747) 2-53-68; e-mail: sn88di@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6525-9056>.

**34.ЛОБАН ИГОРЬ ЕВГЕНЬЕВИЧ** – доктор медицинских наук, заместитель начальника Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Контактный адрес: Екатерининский проспект, д. 10, Санкт-Петербург, 195067. e-mail: garycloban@rambler.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8896-6242>.

**35.МАКАРОВ Игорь Юрьевич** – доктор медицинских наук, профессор, проректор, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Благовещенск. Контактный адрес: 670000, г. Благовещенск, ул. Горького, д. 95. e-mail: prorektoragma@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7243-6282>.

**36.МАТЕСОНОВА Екатерина Петровна** – государственный медицинский судебный эксперт Управления Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по Гомельской области. Контактный адрес: Республика Беларусь, 246028, Гомель, ул. Кожара, д. 5а. e-mail: katish\_sweet\_@inbox.ru.

**37.МЕЛЬНИКОВА Галина Александровна** – кандидат медицинских наук, заместитель начальника по экспертной работе ГУЗ «Липецкое

областное Бюро судебно-медицинской экспертизы», контактный адрес: 398017, г. Липецк, ул. И.Г. Гришина, д. 17. телефон: +7(4742) 43-30-19; e-mail: g.a.melnikova@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2495-9174>.

38. **МИЛОВАНКИНА Ольга Михайловна** – судебно-медицинский эксперт отделения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела ГБУЗ «Челябинское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», высшей категории. Контактный адрес: 454141, г. Челябинск, ул. Варненская, 4-б, тел. (351) 723-03-05 доб. 253, e-mail: mom-lusic@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3266-3962>.
39. **МИНАЕВА Полина Валерьевна** – кандидат медицинских наук, заместитель директора по организационно-методической работе ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России; ассистент кафедры судебной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. Контактный адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13. Телефон +7 (495) 945-21-69, e-mail: minaeva@rc-sme.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-7137>.
40. **НАРИНА Нина Владимировна** – старший научный сотрудник лаборатории судебно-медицинских остеологических исследований отдела медицинской криминалистики и идентификации личности ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России; 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13; e-mail: narina@rc-sme.ru, тел. +7(495) 653-13-37 доб. 142; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6193-4702>.
41. **НИКОЛАЙЧИК Игорь Романович** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории молекулярно-биологических исследований государственного учреждения «Научно-практический центр Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь», государственный медицинский судебный эксперт управления сложных судебно-медицинских экспертиз главного управления судебно-медицинских экспертиз Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь. Контактный адрес: Республика Беларусь, 220114, г. Минск, ул. Филимонова, д. 25. e-mail: igorsudmed@yandex.ru.
42. **ПАЙКОВ Андрей Юрьевич** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры физической культуры и спортивной медицины федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, e-mail: andrpaikov@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9914-4239>.

43. **ПАСТЕРНАК Алексей Евгеньевич** – начальник ГБУЗ «Челябинское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», судебно-медицинский эксперт высшей категории, кандидат медицинских наук. Контактный адрес: 454141, г. Челябинск, ул. Варненская, 4-6, тел. (351) 723-03-05 доб. 201, e-mail: Pasternak74@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8199-1126>.
44. **ПЕТРАКОВ Сергей Викторович** – кандидат юридических наук, доцент, заведующий кафедрой управления следственной деятельности (Высшие академические курсы) факультета повышения квалификации ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургская академия Следственного комитета Российской Федерации». Контактный адрес: 190000, Санкт-Петербург, набережная реки Мойки, д. 96. Телефон: +7 (812) 318-22-41; e-mail: kaf-pr@skspba.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9447-7237>.
45. **ПЛОСКОНОС Юлия Олеговна** – врач – судебно-медицинский эксперт государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 414024, г. Астрахань, ул. Фридриха Энгельса, д.10. e-mail: uyploskonos@yandex.ru ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0301-8599>.
46. **ПОГУДИНА Татьяна Евгеньевна** – ординатор по специальности судебная медицина кафедры ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47. e-mail: pogudina.t.e@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3239-8254>.
47. **ПОПОВ Вячеслав Леонидович** – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. Контактный адрес: 197022, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. Телефон +7 (812) 338-60-32; e-mail: vlpopov1938@mail.ru.
48. **ПОТЕРЯЙКО Екатерина Ивановна** – врач – судебно-медицинский эксперт Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы», ассистент кафедры судебной медицины Санкт-Петербургского ГПМУ Минздрава России. Контактный адрес: 195067, Россия, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., 10. Телефон: +7 (812)

544-17-17; e-mail: sudmed@zdrav.spb.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9856-3918>.

49. **ПУШКИНА Анна Леонардовна** – кандидат медицинских наук, заведующая отделением судебно-медицинской экспертизы по материалам дела ГБУЗ АО «Амурское бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 670005, г. Благовещенск, ул. Красноармейская, д. 103. Телефон +7(4162) 52-02-64; e-mail: alp028@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3067-0293>.
50. **РОМОДАНОВСКИЙ Павел Олегович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, адрес: 111396, Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп. 6, тел. +7(495)303-37-20; e-mail: p.romodanovsky@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9421-8534>; eLibrary SPIN: 7065-9327.
51. **САМОЙЛОВА Юлия Борисовна** – кандидат юридических наук, директор Ростовского филиала федерального государственного казенного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургская академия Следственного комитета Российской Федерации». Контактная информация: 344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Волоколамская, 3«В», e-mail: y.b.samoilova@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-5641>.
52. **САПУНОВА Дарья Александровна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России. Контактный адрес: 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. e-mail: sapunova\_darya@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7847-4693>.
53. **САШИН Александр Викторович** – кандидат медицинских наук, заместитель начальника ГБУ РО «Бюро судебно-медицинской экспертизы имени Д.И. Мастбаума» по экспертной работе. Контактный адрес: 390047, г. Рязань, район Восточный промузел, д. 18. e-mail: sashin\_av@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8145-9187>.
54. **СКИПИН Дмитрий Валентинович** – заведующий отделением судебно-медицинской экспертизы по материалам дела ГБУЗ «Челябинское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», судебно-медицинский эксперт высшей категории. Контактный адрес: 454141, г. Челябинск, ул. Варненская, 4-б, тел. (351) 723-03-05 доб. 224, e-mail: skipindv@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1886-9785>.

55. **СТРАГИС Вадим Борисович** – заведующий отделом медицинской криминалистики и идентификации личности ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России. Контактный адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, 12/13. Телефон: +7 (495) 653-13-37 доб. 167; e-mail: dr.stragis@rc-sme.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1882-445X>.
56. **СУХАРЕВА Екатерина Сергеевна** – врач – судебно-медицинский эксперт отделения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела ГБУЗ НО «Нижегородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 603104, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 70, корпус 2, помещение П1. email: sme.sukhareva.es@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5568-4222>.
57. **УЛАНОВ Владимир Сергеевич** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Контактный адрес: 295051, Симферополь, Бульвар Ленина 5/7. e-mail: ylyan4ik@mail.ru. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4096-2787>.
58. **ФИЛАТОВ Андрей Игоревич** – заведующий отделением первичных комиссионных и комплексных экспертиз Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., 10. Телефон: +7 (812) 544-17-17; e-mail: filaag2@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4557-844X>.
59. **ФОКИНА Екатерина Валерьевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, адрес: 117405, Москва, Варшавское шоссе, д. 152, корп. 1, тел. +7(495)303-37-20; email: F990ks@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7696-3987>.
60. **ФОМИНЫХ Татьяна Аркадьевна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой судебной медицины Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Контактный адрес: 295051, Симферополь, Бульвар Ленина 5/7. e-mail: tanusha.ark@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6572-2387>.
61. **ХРУСТАЛЕВА Юлия Александровна** – доктор медицинских наук, доцент, доцент кафедры (судебной медицины и медицинского права) ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»

Минобороны России. Контактный адрес: 194124, Санкт-Петербург, Суворовский пр., д. 63. e-mail: khrustaleva-julia@yandex.ru. ORCID 0000-0001-5282-7219, SPIN: 3622-5270.

62. **ХУДОЁРЗОДА Зиёдулло Худоёр** – главный специалист научного отдела ГОУ «Институт повышения квалификации работников системы социальной защиты населения» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, врач-эксперт ГУ «Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Почтовый адрес: Республика Таджикистан, г. Душанбе, район Сино, ул. А. Навои 37/1, e-mail: ziyo08069999@mail.ru.
63. **ЧЕРКАЛИНА Елена Николаевна** – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, адрес: 111396, Москва, ул. Федеративный проспект, д. 17, корп. 6, тел. +7(495)303-37-20; e-mail: ev.barinov@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3113-7157>.
64. **ШИШКИН Юрий Юрьевич** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой, профессор кафедры судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент кафедры организации здравоохранения с курсом судебной медицины, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Контактный адрес: 153012, Ивановская область, г. Иваново, Шереметевский проспект, 8, e-mail: shishkinuu@rambler.ru, ORCID iD 0000-0002-1029-9056.
65. **ШМАРОВ Леонид Александрович** – доктор медицинских наук, заместитель директора ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России по экспертной работе. Контактный адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13. Телефон: +7 (495) 945-21-69; e-mail: shmarov@rc-sme.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4233-3538>.
66. **ЭДЕЛЕВ Иван Сергеевич** – кандидат медицинских наук, начальник ГБУЗ НО «Нижегородское областное бюро судебно-медицинской экспертизы», доцент кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России. Контактный адрес: 603104, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 70, корпус 2, помещение П1. e-mail: edelev11lf133@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5852-3758>.

67. **ЯГМУРОВ Оразмурад Джумаевич** – доктор медицинских наук, профессор, начальник Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Контактный адрес: 195067, Санкт-Петербург, Екатерининский пр., д.10. Телефон: +7 (812) 544-17-17; e-mail: sudmed@zdrav.spb.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1822-6043>.

Для заметок

**Научное издание**

**Труды**

**IV ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА: АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИКО-  
ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ И ЭКСПЕРТНАЯ ПРАКТИКА»**

**15–16 мая 2025 года**

под общей редакцией доктора медицинских наук, профессора И.Ю. Макарова

Оригинал-макет подготовлен  
ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России

Подписано в печать 03.04.2025.  
Формат 60х84/16. Бумага мелованная. Гарнитура Times New Roman.  
Уч.-изд. 12,51 л. Усл.-печ. 15,25 л. Заказ № 3422.1. Тираж 250.

Отпечатано в типографии ООО «Принт».  
426035, г. Ижевск, ул. Тимирязева, 5.