

АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТНЫХ ДЕЙСТВИЙ В ОТНОШЕНИИ ЖИВЫХ ЛИЦ В СЛУЧАЯХ МАССОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*П. Г. Джувалыков, В. В. Колкутин, Е. Б. Иванова, П. В. Пинчук,
Л. В. Широкова, В. Б. Барканов*

*Бюро судебно-медицинской экспертизы, Астрахань,
Научно-исследовательский институт биоцидов и нанобиотехнологий, Москва,
Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз
Министерства обороны Российской Федерации, Москва,
Волгоградский государственный медицинский университет*

В статье рассмотрены алгоритмы экспертных действий при проведении медицинских судебных экспертиз в рамках проведения предварительного расследования по ст. 236 Уголовного кодекса Российской Федерации. Указаны организационные действия врача судебно-медицинского эксперта при формировании экспертной комиссии, проведении экспертного исследования и формировании выводов.

Ключевые слова: алгоритм экспертных действий, судебно-медицинский эксперт, инфекционное заболевание.

ALGORITHM OF EXPERT MEASURES IN CASE OF MASS INFECTIOUS DISEASES

P. G. Dzhuvalyakov, V. V. Kolkutin, E. B. Ivanova, P. V. Pinchuk, L. V. Shirokova, V. B. Barkanov

This article deals with algorithms of expert forensic measures while carrying out preliminary investigation according to article 236 of the Russian Federation Criminal Code. We stated the order of actions when setting up expert committees, performing an expert investigation and drawing conclusions.

Key words: algorithm of expert actions, forensic medical expertise, infectious diseases.

Судебно-медицинская практика последнего десятилетия на территории Российской Федерации (РФ) убедительно показала, что все уголовные дела, возбужденные по ст. 236 Уголовного Кодекса (УК) РФ, сопровождаются назначением большого количества судебно-медицинских и иных экспертиз [6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработка алгоритма решения экспертных задач в случаях массовых инфекционных заболеваний.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Учитывая тот факт, что, несмотря на многообразие нозологических форм инфекционных заболеваний (ИЗ), способных приобрести при определенных условиях массовый характер, алгоритм решения экспертных задач остается единым, целесообразно рассмотреть его основу, имеющую универсальное значение.

При дальнейшем рассмотрении указанного экспертного алгоритма в качестве основной фигуры организатора и исполнителя предлагаем считать именно судебно-медицинского эксперта (СМЭ), способного (по содержанию своих специальных познаний) к интегративной оценке результатов комиссионного экспертного исследования [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исходя из личной практики авторов и опыта организации подобных экспертиз в головном судебно-экспертном учреждении Министерства обороны (МО) РФ —

Главном государственном центре судебно-медицинских и криминалистических экспертиз (ГГЦ СМ и КЭ) МО РФ представляется целесообразным использовать следующего алгоритма.

После уяснения предстоящих к решению экспертных задач, изложенных в постановлении, и их коррекции (в случае необходимости), СМЭ предлагает лицу, назначившему экспертизу, состав комиссии, исходя из сопоставления содержания вопросов и медицинских профессиональных квалификационных требований, существующих в настоящее время в РФ. Именно четкое знание компетенции врачей тех или иных специальностей, позволит, с одной стороны, выбрать именно тех специалистов, которые действительно компетентны в решении поставленных вопросов, с другой — избежать претензий или необоснованных требований по включению в состав комиссии «лишних» членов, либо лиц несуществующих специальностей. Необходимый минимум членов комиссии по делам о возникновении массовых заболеваний может быть следующим: судебно-медицинский эксперт, терапевт, инфекционист, эпидемиолог, гигиенист, врач по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». В случае необходимости, обусловленной появлением у больных осложнений, требующих вмешательства других специалистов (например, хирургов, анестезиологов и др.), для решения специфических вопросов, связанных с природой этих осложнений, а также своевременностью и полнотой их диагностики и лечения, эти специалисты также должны быть введены в состав экспертной комиссии.

Следует особо отметить, что организация судебно-медицинских экспертиз, назначенных и выполняемых в рамках расследований уголовных дел по ст. 236 УК РФ, имеет ту особенность, что состав экспертной комиссии может меняться в зависимости от специфики появляющихся у следствия вопросов. В этом случае на этапе оформления «Заключения эксперта» необходимо указать информацию о времени начала работы каждого из членов экспертной комиссии, а также о дате предупреждения об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ. При этом следует помнить, что такое предупреждение в отношении членов комиссии, не работающих в государственном судебно-экспертном учреждении, выполняет лицо, назначившее экспертизу (следователь), а не руководитель судебно-экспертного учреждения [1].

Одной из первых задач, которую должна решить комиссия экспертов, выполняющих экспертизу по уголовному делу, возбужденному по ст. 236 УК РФ — это анализ эпидемиологической обстановки в месте возникновения массового ИЗ. В процессе указанного анализа члены экспертной комиссии при поиске обобщенных ответов на поставленные вопросы интегрируют свои профессиональные знания и навыки по трем основным направлениям:

- поиск и верификация этиологического фактора (возбудителя ИЗ);
- меры профилактики и их эффективность в отношении конкретного возбудителя ИЗ;
- факторы, приводящие (способствующие) к возникновению и распространению ИЗ [2].

Следующая задача (в соответствии с предложенным алгоритмом), которую должна решить экспертная комиссия, работающая в рамках уголовного дела, возбужденного по ст. 236 УК РФ, — это анализ организации медицинской помощи лицам, пострадавшим в ходе распространения массовых заболеваний. Прежде всего, необходимо выполнить анализ организации диагностики ИЗ на догоспитальном (амбулаторно-поликлиническом) этапе оказания медицинской помощи.

После завершения данной работы экспертная комиссия должна переходить к следующему этапу — анализу качества оказания медицинской помощи, который целесообразно начинать с оценки патогенеза выявленной инфекционной патологии. Основанием к правильному варианту лечения является своевременно и точно установленный диагноз. Большое значение в этом процессе играет фактор времени, затраченного на поиск источника ИЗ, путей его распространения и верификацию возбудителя. Важным моментом диагностического процесса является комплексное и последовательное использование всех необходимых для диагностики лабораторных и инструментальных методов исследования. В отношении непосредственно самого лечения следует установить время его начала, если имелась задержка в назначении этиотропного лечения, то с чем она была свя-

зана. Очевидно, что для большинства ИЗ именно этиотропное лечение имеет решающее значение (его полнота, время начала, чувствительность возбудителя к конкретным антибиотикам и др.).

При анализе ситуации возникновения ИЗ, приобретающих массовый характер, следует отдельно оценивать вероятность возникновения типичных для этой нозологической формы осложнений, которые могут серьезно утяжелить состояние больного и, следовательно, изменить тяжесть причиненного его здоровью вреда [4, 5]. Важную экспертную оценку необходимо сделать в отношении профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возможных осложнений.

В тех случаях, если осложнений основного ИЗ избежать не удалось, экспертной комиссии необходимо оценить, насколько своевременно была проведена диагностика данного осложнения, какие меры были предприняты для адекватного предотвращения его неблагоприятных последствий.

Одним из завершающих этапов исследования ситуации по возникновению и развитию ИЗ массового характера является анализ реабилитации пострадавших.

Завершается работа экспертной комиссии установлением тяжести вреда здоровью пострадавших от ИЗ, получивших массовое распространение. При этом следует учитывать, что многие ИЗ приводят к серьезным патологическим изменениям в организме пострадавших (при туберкулезе, брюшном тифе и др.), что существенным образом снижает качество их жизни после перенесенного ИЗ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая актуальность нашего исследования, считаем, что разработанный алгоритм, который будет использован при производстве экспертиз в рамках уголовных дел, возбужденных по ст. 236 Уголовного Кодекса (УК) РФ, позволит способствовать разрешению определяющих вопросов, подводящих следствие к тому или иному объективному решению о наличии (отсутствии) состава преступления в действии (бездействии) фигурирующих в уголовном деле лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деятельность органов военной прокуратуры по предупреждению и расследованию нарушений санитарно-эпидемиологических правил, повлекших массовые заболевания или отравления военнослужащих или их смерть: Научно-методическое пособие. — М., 2006. — 160 с.
2. Колкутин В. В., Зосимов С. М., Пустовалов Л. В. и др. Судебные экспертизы (изд. 2-е, доп.). — М.: «Юрлитинформ», 2006. — 288 с.
3. Колкутин В. В., Попов В. Л., Маслов Е. Н. и др. Работа судебно-медицинского эксперта в судебных процессах. — М.: «РИОР ИНФРА-М», 2012. — 164 с.
4. Колкутин В. В., Труфанов Г. Е., Коваленко А. Н. и др. // Военно-медицинский журнал. — 2007. — № 11.

5. Крамарь О. Г., Савченко Т. Н. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — № 2 (34). — С. 3—7.

6. Уголовный Кодекс Российской Федерации (по состоянию на 12.09.2011 г.) — М.: СПАРК, 2012. — 426 с.

Контактная информация

Джуваляков Павел Георгиевич — к. м. н., доцент, начальник бюро судебно-медицинской экспертизы органа управления здравоохранением Астраханской области, e-mail: fred3@astranet.ru

УДК 616.33-002.44-005.1-072.1-08

АЛГОРИТМ ПРОГРАММНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИНЪЕКЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

А. В. Быков, Е. О. Захарова, А. Ю. Николаев, А. Ю. Орешкин

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей*

Программный эндоскопический инъекционный гемостаз у 170 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями был успешен в 107 (91 %) случаях из 118 у больных с дуоденальной и у 43 (83 %) из 52 с желудочной язвой. При снижении оперативной активности с 33 до 4%, в результате, общая летальность снижена с 10 до 3 %.

Ключевые слова: язвенная болезнь, кровотечение, эндоскопия, лечение.

THE TACTICS OF PROGRAMMED ENDOSCOPIC INJECTION HEMOSTASIS IN THE MANAGEMENT OF ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING

A. V. Bykov, O. E. Zakharova, A. Y. Nikolaev, A. Y. Oreshkin

Programmed endoscopic injection hemostasis in 170 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding was successful in 107 (91 %) of 118 cases in patients with duodenal ulcer and in 43 (83 %) of 52 cases of gastric ulcer. Due to a decrease of operative activity from 33 to 4 %, the total mortality was reduced from 10 to 3 %

Key words: ulcer, gastroduodenal bleeding, endoscopy, management.

В настоящее время комбинация эндоскопического гемостаза и интенсивной противоязвенной терапии у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) все чаще выступает альтернативой традиционному хирургическому лечению [6, 8]. Современные методы лечебно-диагностической (диагностической) эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) позволяют добиться остановки продолжающегося кровотечения в 79,9—97 % случаев [9, 10].

В странах Европы и Америки принят термин «*peritculser*», объединяющий все эрозивные и язвенные дефекты слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки [7]. Международным Консенсусом 2010 [7] принята консервативная тактика эндоскопического гемостаза с использованием ингибиторов протонной помпы в качестве исключительных базовых антисекреторных препаратов.

Отечественная хирургическая школа не рассматривает острые симптоматические язвы как стадию язвенной болезни [1, 2]. Это отражено в классификации гастродуоденальных язв Пименова С. И. (2000), дополненной Гостищевым В. К. и Евсеевым М. А. (2005) [3]. Отсюда различия в подходе к лечению гастродуоденальных кровотечений (ГДК). Если для острых язв эндоскопический гемостаз считается предпочтительным, то при язвенной болезни, осложненной кровотечением, эндогемостаз в большинстве случаев является времен-

ной мерой, позволяющей приготовить пациента к оперативному вмешательству, а в случае рецидивного кровотечения не рассматривается вовсе [5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Предложить клинически эффективный алгоритм программного эндоскопического гемостаза как метод окончательной остановки язвенных гастродуоденальных кровотечений.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

За 2007—2010 г. в хирургическую клинику ФУВ ВолгГМУ поступили 474 пациента с диагнозом острого ГДК: 368 (65 %) мужчин и 166 (35 %) женщин, в возрасте от 3 до 90 лет. В 322 (68 %) наблюдениях ГДК было основным диагнозом. В 32 % наблюдениях ГДК осложнило течение иной, конкурирующей, клинически значимой, в том числе угрожающей жизни, патологии. Чаще всего, в 26 % наблюдений, ГДК осложняло течение ишемической болезни сердца (ИБС) с острым коронарным синдромом и нарушениями ритма и гипертонической болезни (10 %). Пациенты с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, составили 124 (26 %) наблюдения, с язвенной болезнью желудка — 62 (13 %) (рис. 1).