

International Journal ACTUAL PROBLEMS OF MEDICINE AND BIOLOGY

IJAPMB



Международный журнал: актуальные проблемы медицины и биологии
საერთაშორისო ჟურნალი: მედიცინისა და ბიოლოგიის აქტუალური პრობლემები
Revista Internacional Problemas Actuales de Medicina y Biología
Revue Internationale Problèmes d'Actualité de Médecine et Biologie

No 1

IJAPMB

2018

Л.А. Бокерия,

доктор медицинских наук, профессор,
академик РАН и РАМН

Л.А. Вашакмадзе,

иностраннный член национальной академии наук
Грузии, доктор медицинских наук, профессор

Р.Ш. Гветадзе,

доктор медицинских наук, профессор,
Заслуженный врач РФ

И.В. Грошев,

доктор психологических наук,
доктор экономических наук, профессор,
Заслуженный деятель науки РФ

Д.Д. Долидзе,

доктор медицинских наук, профессор

Н.Э. Златкина,

кандидат медицинских наук,
врач высшей категории

Д.Г. Иоселиани,

доктор медицинских наук, профессор,
Заслуженный деятель науки РФ, академик РАН

Н.А. Ломакина,

кандидат медицинских наук

В.Д. Прокопенко,

доктор медицинских наук, профессор,
врач высшей категории

Н.Д. Резник,

доктор медицинских наук, академик ИНАРН

А.Ф. Сокол,

доктор медицинских наук, доктор социологии,
профессор, академик ИНАРН

Б.А. Спасенников,

доктор медицинских наук,
доктор юридических наук, профессор

Р.М. Торшхоева,

доктор медицинских наук

Т.Я. Пхакадзе,

доктор медицинских наук

Т.Р. Чумбадзе,

кандидат медицинских наук, врач-диетолог,
педиатр высшей категории

Н.Д. Эриашвили,

кандидат исторических, юридических наук,
доктор экономических наук, профессор,
лауреат премии Правительства РФ
в области науки и техники

L.A. Boqueria,

doctor of medical sciences, professor,
Academician of RAS and RAMS

L.A. Vashakmadze,

foreign member of the National Academy of Sciences
of Georgia, doctor of medical sciences, professor

R.Sh. Gvetadze,

doctor of medical sciences, professor,
Honored doctor of the Russian Federation

I.V. Groshev,

doctor of psychology, doctor of economics,
professor, Honored worker of science
of the Russian Federation

D.D. Dolidze,

doctor of medical sciences, professor

N.E. Zlatkina,

candidate of medical sciences,
doctor of the highest category

D.G. Ioseliani,

doctor of medical sciences, professor,
Honored worker of science, Academician of RAS

O.N. Lomakina,

candidate of medical sciences

V.D. Prokopenko,

doctor of medical sciences,
professor of the highest category

N.D. Reznik,

doctor of medical sciences, Academician of IIADS

A.F. Sokol,

doctor of medical sciences, doctor of sociology,
Academician of IIADS

B.A. Spasennikov,

doctor of medical sciences, doctor of law,
professor

R.M. Torshkhoyeva,

doctor of medical sciences

T.Ia. Phakadze,

doctor of medical sciences

T.R. Chumbadze,

candidate of medical sciences, dietician,
pediatrician of the highest category

N.D. Eriashvili,

candidate of history sciences, candidate of law,
doctor of economics sciences, professor,
laureate of the RF Government Prize
in the field of science and technology

Шеф-редактор

Б.А. Спасенников,
доктор медицинских наук,
доктор юридических наук, профессор

Ученый секретарь

Н.Э. Златкина,
кандидат медицинских наук,
врач высшей категории,

Ответственный за выпуск

Л.А. Суламанидзе,
кандидат медицинских наук

С.И. Малюк,
врач высшей категории

В подготовке номера участвовали:

Редактор
Т.М. Дубович

Художник
А.П. Яковлев

Верстка номера
О.А. Головлева

**Главный редактор
объединенной редакции**

Н.Д. Эриашвили,
кандидат исторических,
юридических наук,
доктор экономических наук,
профессор, лауреат премии
Правительства РФ в области науки
и техники

Представительства:

в России:
123298, Москва,
ул. Ирины Левченко, д. 1
Генеральный директор
издательства «Юнити-Дана»
В.Н. Закаидзе

в Грузии:
0177, Тбилиси,
пр-т Александра Казбеги, д. 44
Справедливая Грузия
Тел./факс: +995322421207/08
E-mail: sama_saqartvelo@mail.ru
Свидетельство о регистрации
404499262

в США:
3565, штат Пенсильвания,
г. Хантингдон Вэли,
ул. Эденкрофт Роуд
Д. Схиртладзе
E-mail: dr.david.skhirtladze@gmail.com

в Израиле:
Ишкнеам, ул. Цеелим, д. 8
Л.Н. Тепман,
доктор экономических наук,
профессор
E-mail: tepmn32@list.ru

www.unity-dana.ru
www.niion.org

▮ *Международный круглый стол:*
«ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА
КАК ЭЛЕМЕНТ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
В НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ» 4

▮ *Смульский С.В.*
ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА И НАЦИОНАЛЬНАЯ
БЕЗОПАСНОСТЬ 6

Актуальные проблемы медицины

▮ *Дюкова Г.М., Спасенников Б.А.*
СИНДРОМ МЮНХАУЗЕНА В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ 9

▮ *Казаковцева С.Б.*
ЧРЕСКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
ТУБОУВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ 14

▮ *Мешков Д.О., Спасенников Б.А., Безмельницына Л.Ю.*
ПРОБЛЕМЫ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА
В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ
КОСМИЧЕСКИХ ПОЛЕТОВ 18

▮ *Спасенникова М.Г.*
К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОМ КРИТЕРИИ
НЕВМЕНЯЕМОСТИ 21

▮ *Спасович Б.А.*
НЕВРАСТЕНИЯ И ПРЕСТУПНОЕ ПОВЕДЕНИЕ 26

▮ *Суламанидзе Л.А., Назарова Н.М.*
РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ТИПИРОВАНИЯ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ
ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ
ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ
РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 31

▮ *Торшхоева Р.М.*
АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ
В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПЫЛЬЦЕВОЙ
СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ 37

Медицина и юриспруденция

▮ *Безмельницына Л.Ю., Эриашвили Н.Д., Мешков Д.О.*
МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИЙ КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ 21
УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ДОКТРИНАЛЬНОЕ ТОЛКОВАНИЕ) 41

▮ *Данилин Е.М., Давыдова Н.В., Спасенников Б.А.*
ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА ОСУЖДЕННЫХ
В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ 44

▮ *Епифанов А.Е.*
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ
ЭКСПЕРТНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ДЕЛАМ ГИТЛЕРОВСКИХ
ВОЕННЫХ ПРЕСТУПНИКОВ И ИХ ПОСОБНИКОВ 49

▮ *Малкин Ю.А., Эриашвили Н.Д.*
ЦЕЛИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО
ХАРАКТЕРА, СОЕДИНЕННЫХ С ИСПОЛНЕНИЕМ
НАКАЗАНИЯ 56

▮ *Пономарев С.Б., Эриашвили Н.Д., Спасенникова М.Г.*
ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ БОЛЬНЫХ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 61

▮ *Смирнова В.В.*
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО
ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 63

▮ *Спасенников Б.А., Эриашвили Н.Д.*
ПРОБЛЕМЫ ЗАКОННОСТИ ПРОДЛЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ
И ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР
МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА 65

▮ *Старостенко В.К., Кириллова С.В.*
СИСТЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ 69

Editor-in-Chief

B.A. Spasennikov,
doctor of medical sciences,
doctor of law, professor

Scientific Secretary

N.E. Zlatkina,
candidate of medical sciences,
doctor of the highest category

Responsible for the issue

L.A. Sulamanidze,
candidate of medical sciences

S.I. Maliuk,
doctor of the highest category

The issue was prepared by:*Editor*

T.M. Dubovich

Painter

A.P. Yakovlev

Imposition

O.A. Golovleva

**Chief Editor
consolidated version**

N.D. Eriashvili,
candidate of historical, legal sciences,
doctor of economic sciences,
professor, laureate
of the prize Government
of the Russian Federation in the field
of science and technology

Representative offices:*in Russia:*

123298, Moscow,
ul. Irina Levchenko, 1
General Director of Unity-Dana
Publishing House
V.N. Zakaidze

in Georgia:

0177, Tbilisi,
Alexander Avenue Kazbegi, 44
Fair Georgia
Tel./fax: +995322421207/08
E-mail: sama_saqartvelo@mail.ru
Certificate of Incorporation 404499262

in USA:

3565, Pennsylvania,
Huntingdon Valley,
Edenkroft Road
D. Shirladze
E-mail:
dr.david.skhirtladze@gmail.com

in Israel:

Ischkneam Str. Tseelim, 8
L.N. Tepman,
Doctor of Economics, Professor
E-mail: tepmn32@list.ru

www.unity-dana.ru
www.niion.org

International round table:

«DOMESTIC MEDICINE AS AN ELEMENT OF NATIONAL SECURITY IN NEW ECONOMIC CONDITIONS»	4
<i>Smulsky S.V.</i> DOMESTIC MEDICINE AND NATIONAL SECURITY	6

Actual problems of medicine

<i>Dyukova G.M., Spasennikov B.A.</i> MUNHAUSENE SYNDROME IN TREATMENT AND DIAGNOSTIC PRACTICE	9
<i>Kazakovtseva S.B.</i> EXTREME PUNCTIONAL METHODS OF TUBOURARIAL EDUCATION TREATMENT	14
<i>Meshkov D.O., Spasennikov B.A., Bezmelnitsyna L.Yu.</i> PROBLEMS OF CLINICAL-ECONOMIC ANALYSIS IN MEDICAL PROVIDING OF SPACE FLIGHTS	18
<i>Spasennikova M.G.</i> TO THE QUESTION OF THE MEDICAL CRITERIA OF INABILITY	21
<i>Spasovich B.A.</i> INCREASES AND CRIMINAL BEHAVIOR	26
<i>Sulamanidze L.A., Nazarova N.M.</i> RESULTS OF HPV-TYPING OF ANOGENITAL REGION IN PATIENTS WITH CERVICAL INTRAEPITELIAL NEOPLASIA OF DIFFERENT DEGREE OF GRAVITY	31
<i>Torshkhoyeva R.M.</i> ALLERGENSPECIFIC IMMUNOTHERAPY IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF POLLEN SENESCENCE IN CHILDREN	37

Medicine and jurisprudence

<i>Bezmelnitsyna L.Yu., Eriashvili N.D., Meshkov D.O.</i> MEDICAL AND LEGAL COMMENTARY ON ARTICLE 21 OF THE CRIMINAL CODE OF THE RUSSIAN FEDERATION (DOCTRINAL INTERPRETATION)	41
<i>Danilin E.M., Davydova N.V., Spasennikov B.A.</i> ORGANIZATION OF LEISURE OF CONFUSED IN CORRECTIVE INSTITUTIONS	44
<i>Epifanov A.Ye.</i> FORENSIC-MEDICAL AND PSYCHIATRIC EXPERT RESEARCH ON THE CASES OF THE HITLER MILITARY CRIMINALS AND THEIR SUPPORTERS	49
<i>Malkinen Yu.A., Eriashvili N.D.</i> OBJECTIVES OF FORCED MEASURES OF MEDICAL CHARACTER, UNITED WITH PENALTIES IMPLEMENTATION	56
<i>Ponomarev S.B., Eriashvili N.D., Spasennikova M.G.</i> PUBLICALLY DANGEROUS ACTS OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS	61
<i>Smirnova V.V.</i> LEGAL REGULATION OF ARTIFICIAL INTERRUPTION OF PREGNANCY	63
<i>Spasennikov BA, Eriashvili N.D.</i> PROBLEMS OF THE LEGALITY OF EXTENSION, CHANGES AND TERMINATION OF FORCED MEASURES OF MEDICAL CHARACTER	65
<i>Starostenko V.K., Kirillova S.V.</i> HEALTH REGULATORY SYSTEMS AT THE MUNICIPAL LEVEL	69

«ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА БЕЗОПАСНОСТИ В НОВЫХ



В филиале «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России состоялся Международный круглый стол по теме «Отечественная медицина как элемент национальной безопасности в новых экономических условиях».

Мероприятие было подготовлено и проведено руководством филиала «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России совместно с Фондом развития бизнеса Международного конгресса промышленников и предпринимателей и Объединенной редакцией журнала «Человек и Закон». В нем приняли участие: руководство ГлавУпДК при МИД России, российские и зарубежные ученые, медицинские работники, послы Венгрии, Италии, Испании и Черногории.

С приветственным словом к участникам обратились:

Владимир Дмитриевич Прокопенко — директор филиала «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России, член Ученого совета филиала «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России, действительный член Европейского респираторного общества Международной ассоциации клинических аллергологов-иммунологов, Российского общества пульмонологов, Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор.

Светлана Ивановна Малюк — заведующая отделением стоматологии городской клинической больницы им. С.П. Боткина, врач высшей категории, стоматолог, терапевт, хирург, ортопед.

Нодари Дарчоевич Эриашвили — главный редактор Объединенной редакции «Закон и право», доктор экономических наук, кандидат юридических и исторических наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники.

Модератором Международного круглого стола была **Галина Алексеевна Севрюкова** — генеральный директор Фонда развития бизнеса



КРУГЛЫЙ СТОЛ:

КАК ЭЛЕМЕНТ НАЦИОНАЛЬНОЙ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ»

Международного Конгресса промышленников и предпринимателей, доктор экономических наук. Она сделала акцент на том, что в целях обеспечения безопасности жизни населения России активно движется в направлении внедрения симуляционного обучения, и государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации запланировано развитие к 2019 г. сети обучающих симуляционных центров во всех регионах страны.

С основным докладом **«Новые технологии для инновационного развития России»** выступил **Сергей Владимирович Смутьский**, доктор политических наук, профессор, декан факультета комплексной безопасности университета «Синергия», эксперт Фонда развития бизнеса МКПП, председатель Комитета по национальной безопасности Международного союза экономистов.

Активный интерес участников вызвало выступление технического директора российской компании «Эйдос-Медицина» Азата Хайруллина о возможностях и перспективах импортозамещения в сфере медицинского симуляционного оборудования. Это инновационная российская компания, специализирующаяся на разработке и производстве медицинских роботов-симуляторов, которая является единственным российским разработчиком и серийным производителем данного оборудования.

Участники обсудили перспективы импортозамещения высокотехнологичных средств и ресурсов в области медицины и определили направления развития сотрудничества в сфере здравоохранения на основе трансферта технологий и инноваций с выходом на реализацию совместных межгосударственных проектов, положительно оценили проведенное мероприятие, высказались за продолжение подобных полезных контактов и выразили свою благодарность организаторам круглого стола.

Мероприятие прошло в теплой и дружелюбной обстановке.



ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА И НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ



Сергей Владимирович Смутьский,
доктор политических наук, профессор,
декан факультета комплексной
безопасности университета «Синергия»,
эксперт Фонда развития бизнеса,
председатель Комитета
по национальной безопасности
Международного союза экономистов

УДК 61
ББК 53

Национальная безопасность Российской Федерации представляет собой комплексное, многосоставное явление, включающее в себя характеристики состояния всех сфер жизни общества и государства. Одной из таких сфер является здравоохранение. Оно в определенном смысле составляет основу национальной безопасности. Ведь если общество и государство не способны обеспечить воспроизводство здоровых поколений людей, все дальнейшие разговоры о национальной безопасности становятся лишеными того смысла, который сегодня вкладывается в понятие «национальная безопасность».

Стержнем системы здравоохранения можно считать отечественную медицину. Наряду с уровнем профессиональной подготовки медицинских кадров, развитием медицинской науки и других характеристик состояние медицины во многом определяется ее технологическим развитием, в самом широком смысле этого слова. От того, насколько широко современная медицина разрабатывает и применяет собственные профильные новые технологии, насколько она имеет возможности пользоваться новым специальным оборудованием и медицинской техникой, во многом зависит общее ее состояние, состояние здравоохранения и, следовательно, состояние национальной безопасности нашей страны. Так, в Стратегии национальной безопасности Российской Федерации (п. 73), в числе факторов, негативно влияющих на национальную безопасность в сфере охраны здоровья граждан, названы недостаточное финансирование системы высокотехнологичной медицинской помощи и низкий уровень квалификации медицинских работников. Поэтому развитие высокотехнологичной меди-



ООО «Эйдос-Медицина» — это одна из быстрорастущих и инновационных компаний 2017 г. в России, специализирующаяся на разработке и производстве высокотехнологичных медицинских симуляторов. Единственная компания подобного профиля на территории Евразийского экономического союза и пятая в мире.

Уровень локализации разработок и производства отечественного симуляционного оборудования составляет 95%. По всей номенклатуре симуляторов цены на продукцию ООО «Эйдос-Медицина» в 1,5–2 раза ниже по сравнению с зарубежными аналогами при обеспечении качества, не уступающего ведущим зарубежным производителям.

Все симуляционное оборудование ООО «Эйдос-Медицина» имеет сертификаты, действующие на тер-

ритории РФ, международный CE-сертификат соответствия (Низковольтное оборудование 2014\35\EU; Электромагнитная совместимость 2014\30\EU).

Компания находится в процессе получения Международного сертификата соответствия ISO9001 (в течение 1–2 месяцев).

Подтверждение и получение компанией мировых сертификатов во многом возможно благодаря постоянно развивающему уровню производства. Так, на период с 2015 по 2017 г. робот — имитатор пациента (один из продуктов компании) представляет уже пятую версию своего продукта, каждый раз повышая уровень реалистичности и расширяя набор возможных функций.

Текущая версия (5-я, на данный момент) была представлена на выставке IMSH-2017, проходившей

«Глубокое удовлетворение вызывает то, что мы увидели (про симуляционный центр в Казани с оборудованием «Эйдос-Медицина») и с учетом предстоящей аккредитации медицинских работников, а нам предстоит перевести всех медицинских работников на подтверждение их квалификации для выполнения того или иного навыка, поэтому вот этот центр должен взять на себя функции по формированию сети таких симуляционно-тренинговых центров по всей стране на базе ведущих медицинских и научных образовательных учреждений».

В.И. Скворцова,
министр здравоохранения
Российской Федерации

цины и совершенствование подготовки медицинских кадров позволят укрепить национальную безопасность России в сфере охраны здоровья граждан.

Наше сегодняшнее мероприятие проводится в стенах Медцентра ГлавУпДК при МИД России. Это медицинское учреждение

прошло славный исторический путь и отличается стремлением к освоению самой передовой медицинской техники и оборудования и к внедрению самых передовых технологий медицинской практики. Сегодняшняя встреча посвящена презентации симуляционного оборудования, разработанного отечественной компанией «Эйдос-Медицина». Она является не единственным разработчиком медицинского симуляционного оборудования. Однако символическим представляется то, что это — отечественная российская компания, которая разработала отечественное оборудование, аналогов которому нет за рубежом, на собственной технологической базе. Технологические достижения компании «Эйдос-Медицина» подтверждены тем, что одними из первых стран, которые проявили интерес к ним, стали достаточно передовые в области развития медицины государства — Япония и США. Это был не праздный интерес, а глубокая профессиональная заинтересованность,

которая реализовалась в то, что в этих странах открыты симуляционные центры, оснащенные оборудованием, произведенным компанией «Эйдос-Медицина». В этих центрах успешно осуществляется профессиональная подготовка врачей различных специальностей, а также отработка новейших технологических приемов медицинской практики.

«Нас приятно удивило качество разработки тренажера робота-пациента. Последняя модель (5-е поколение) демонстрирует чрезвычайно высокую реалистичность в огромном количестве деталей, при этом сохраняя потенциал для интеграции с различными типами симуляционного оборудования. Идеально подходит для проведения обучения или демонстрационных мастер-классов!».

Ямада Атсуэи,
доктор медицинских наук,
начальник программы
диагностической
и предоперационной медицины,
университет Juntendo

в г. Орландо, США, где робот — пациент получил положительные отзывы как участников выставки (производителей медицинского и симуляционного медицинского оборудования), так и многочисленных гостей (представителей частных и государственных медицинских учреждений, медицинских работников, врачей и студентов профессиональных медицинских учреждений).

Высокие характеристики медицинского симуляционного оборудования, разработанного ООО «Эйдос-Медицина», подтверждаются проведенными испытаниями в Токийском медицинском университете Juntendo (Япония) и экспертами крупнейшей в мире компании по производству хирургического оборудования Medtronic-Covidien (США).

Оборудование и технические решения компании сегодня хорошо известны медицинским специалистам: отечественные медицинские роботы — симуляторы установлены в обучающих медицинских симуляционных центрах США, Японии и стран Европы.

Одна из линеек медицинских симуляторов (по отработке навыков проведения эндохирургических вмешательств) компании завоевала в сентябре 2016 г. премию Общества лапароскопических хирургов США «Инновация 2016 года». Это стало возможным благодаря высокоточному исполнению физической части симулятора (3-е поколение на период 2016 г.), а также абсолютно уникальному, и не имеющему аналогов среди текущих линеек медицинских симуляторов, элементу его программного обеспечения —

«На нас произвело впечатление качество установленных в Казанском Федеральном Университете (КФУ) уникальных симуляторов, созданных выпускниками КФУ и сотрудниками казанской компании «Эйдос-Медицина». Установка симуляционного центра в Японии, основу которого составят симуляторы, произведенные в Казани, планируется осенью этого года».

Хадзимэ Араи,
президент
университет Juntendo

Такие центры позволяют по-новому решать многие задачи профессиональной подготовки медицинских кадров, существенно сокращать сроки внедрения новых технологических решений в практическую деятельность медицинских специалистов, а следовательно, совершенствовать отечествен-

ную медицину, способствовать обеспечению национальной безопасности нашей страны.

Мы привыкли недооценивать отечественную медицину в связи с тем, что за последние годы в ней накопилось много различных проблем, мешающих ее развитию. Синонимами развитой медицины в общественном сознании стали такие понятия, как «немецкая медицина», «израильская медицина», «американская медицина». Сегодня, в рамках инновационного развития, нам крайне необходимо искать точки технологического роста в своей стране. Потенциал такого роста у нас имеется. Примером тому может служить деятельность компании «Эйдос-Медицина», а также признанные во всем мире достижения российских медиков в различных областях медицинской науки и практики. Нуж-

но, чтобы эти достижения становились доступными каждому российскому гражданину. Следовательно, мы вполне можем сделать так, чтобы понятие «российская медицина» ассоциировалось с самым высоким уровнем развития медицины и чтобы отечественная медицина стала предметом национальной гордости россиян.

«Мне говорят, что наши тренажеры, наши роботы, которые в том числе и здесь, в Татарстане, выпускаются, которые, в общем, мирового уровня, покупают пока федеральные структуры слабо. В основном покупают иностранное. Наше — не хуже. Давайте сформулируем тоже поручение о том, чтобы поддержать и нашего производителя».

Д.А. Медведев,
Председатель Правительства
Российской Федерации

возможности выполнять упражнения в свободном режиме, без программных ограничений, налагаемых методикой выполнения упражнения.

Данный режим позволяет, к примеру, отработать новые методики, записывать выполнение репетиции операций, проводить демонстрации отдельных элементов, включая видеозапись для последующего использования, в условиях максимально приближенных к реальным.

Режим был разработан и имплементирован благодаря тесному сотрудничеству с образовательным центром высоких медицинских технологий АМТЕС KAZAN, факультетом фундаментальной медицины КФУ и при содействии Центра медицинской науки.

Иными словами, компания «Эйдос-Медицина» постоянно следит за тенденциями российского и зарубежного здравоохранения, сотрудничает с российскими компаниями в части разработки элементов для образовательных программ и дополнительных тренировок, а также стремится укрепить и расширить данное сотрудничество.

ООО «Эйдос-Медицина» является участником Кластера биологических и медицинских технологий Фонда «Сколково» и участвует в создании научно-образовательного симуляционного центра МГУ.

В октябре 2016 г. ООО «Эйдос-Медицина» получило благодарность университета Juntendo (Япония) в связи с успешным прохождением аккредитации Joint Commission International (международный «золотой» стандарт в области качества и безопасности для медицинских учреждений), во многом благодаря использованию разработок и оборудования ООО «Эйдос-Медицина» при создании университетом Juntendo симуляционного центра.

В мае 2017 г., во время двухдневной рабочей поездки в Казань, премьер-министр РФ Дмитрий Анатольевич Медведев также посетил Центр медицинской науки, где представлено симуляционное оборудование ООО «Эйдос-Медицина», на базе которого проводится обучение студентов-медиков Казанского федерального университета.

УДК 611
ББК 57

СИНДРОМ МЮНХАУЗЕНА В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Г.М. ДЮКОВА,

доктор медицинских наук,
профессор, профессор кафедры нервных
болезней ФППОВ, Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова;

Б.А. СПАСЕННИКОВ,

доктор медицинских наук, профессор,
главный научный сотрудник,
НИИ ФСИН России.
E-mail: borisspasennikov@yandex.ru

Аннотация. Рассматривается синдром Мюнхаузена в медицинской практике. Описаны диагностические критерии синдрома Мюнхаузена.

Ключевые слова: неврология, нервные болезни, психиатрия, синдром Мюнхаузена, диагностика.

MUNCHAUSEN SYNDROME IN CLINICAL PRACTICE

G.M. DYUKOVA,

MD, PhD, Professor, Professor
of chair of nervous diseases, Institute
of Postgraduate Professional Training
of Physicians, The I.M. Sechenov First
Moscow State Medical University;

B.A. SPASENNIKOV,

MD., PhD., Professor, Chief Researcher,
The Russian Research Institute FSIN

Annotation. The article is devoted Munchausen syndrome in clinical practice. The authors have described the diagnostic criteria for Munchausen syndrome.

Keywords: neurology, neurological disease, psychiatry, Munchausen syndrome, diagnostics.

Синдром Мюнхаузена (СМ) встречается в практике врачей разных специальностей, и особенно часто работающих с больными с ургентными состояниями.

Первое употребление термина «*factitious disorder*» (искусственные, мнимые, поддельные, артифициальные, симулятивные расстройства) принадлежит Н. Gavin¹, хотя он почерпнул его из Энциклопедии практической медицины 1833 г.²

В 1951 г. R. Asher³ впервые описал группу пациентов, чьи истории были полны драматизма и неправдоподобности, и дал название этому заболеванию «синдром Мюнхаузена»⁴.

В 1968 г. был опубликован обзор, где Н. Spiro⁵ проанализировал 38 клинических случаев пациентов с личностными расстройствами, проявляющимися лживостью и аутоагрессией, конверсионными и самоиндуцируемыми симптомами. Он предложил термин «хроническая фиктивная (искусственно вызываемая, артифициальная) болезнь». В последующем это название было принято Ассоциацией психиатров США при создании руководства по классификации психических заболеваний (DSM-III). Однако название R. Asher «синдром Мюнхаузена», осталось популярным и используется до сих пор.

В научной литературе существует более 20 названий этого синдрома, каждое из которых подчеркивает те или иные аспекты его клинических проявлений или особенностей патогенеза: синдром Ашера, «синдром Мюнхаузена», «синдром Ван Гога», «симулятивное заболевание», «самоиндуцированная болезнь», «хронические фиктивные расстройства», «госпитальные обманщики», синдром «больничных рецидивистов», «профессиональные боль-

¹ Gavin H. On Feigned and Factitious Diseases, Chiefly of Soldiers and Seamen; on the Means Used to Simulate or Produce Them, and on the Best Modes of Discovering Imposters; Being the Prize Essay in the Class of Military Surgery, in the University of Edinburgh Session, 1835-6, with Additions. London: John Churchill, 1843.

² Kanaan R.A.A., Wessely S.C. The origins of factitious disorder. History of the human sciences. Vol. 23. N. 2: 68—85.

³ Asher R. Munchausen's syndrome. Lancet. 1951. V. 1: 339—41.

⁴ Барон Иероним Карл Фридрих фон Мюнхаузен (1720—1797) родился в Германии. Позже, в составе Российской армии участвовал в Турецкой компании. Известным он стал благодаря своему другу Рудольфу Эрику Распу, который вел записи его рассказов о приключениях во время службы в армии. Хотя барон был любителем повеселиться, однако известным он стал как скандальный лгун. Таким образом, имя барона Мюнхаузена стало нарицательным в отношении патологических лгунов, а впоследствии и определенной категории пациентов (Raspe R.E. The adventures of Baron Munchausen. New York, Pantheon Books, 1969).

⁵ Spiro H.R. Chronic factitious illness. Arch Gen Psychiatry. 1968. V. 18: 569—579.

ничные бродяги», «артифициальное расстройство», «болезнь самонанесенных повреждений», «госпитальные бродяги», «странствующие пациенты», «больничные аддикторы», «метаболические симулянты», «полихирургические аддикторы», «проблемные пациенты», «патомимия», «профессиональные пациенты», «патологически симулирующие пациенты»⁶.

Каждое из этих названий подчеркивает ключевые проявления синдрома (патологическую лживость, повторные множественные госпитализации и искусственно вызываемые симптомы)⁷.

В Американском диагностическом руководстве по психиатрии СМ включен в рубрику «Factitious Disorders», т.е. фиктивные, искусственно вызываемые или симулятивные расстройства. Согласно этой рубрике «фиктивные расстройства характеризуются намеренной продукцией или симуляцией физических или психологических признаков и симптомов, для того чтобы присвоить роль больного. Для этих расстройств нет внешнего стимула, в отличие от симуляции, при которой имеется внешний стимул и выгода для пациента, например, избежать уголовной ответственности, экономические выгоды, и это поведение не может быть объяснено другими психическими нарушениями, такими как бредовое расстройство, или другими психотическими расстройствами»⁸.

В последней версии этого руководства (DSM-V) они перенесены из класса «Личностные расстройства» в новый класс «Соматические симптомы и связанные с ними расстройства» (в более ранних версиях DSM-III и DSM-IV обозначавшиеся как «соматоформные расстройства»). В этом классе они находятся вместе с конверсионными, т.е. функционально-неврологическими расстройствами.

В МКБ-10 это заболевание представлено под кодом «Симулятивное расстройство» (F-68.1) и вместе с рубрикой «Истерическое расстройство личности» (F-60.4) включено в группу «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F-6)»⁹.

Данные по частоте встречаемости СМ значительно колеблются. Так, в 1990 г. из 1288 пациентов общего госпиталя в США, направленных на консультацию к психиатру, у 0,8% больных был обнаружен СМ¹⁰. В то же время среди больных с неясной лихорадкой и мочекаменной болезнью количество СМ достигает 3,5%¹¹. R. Aduan с соавт. нашли СМ у 32 из 343 пациентов (9,3%), направленных в Институт аллергии и инфекционных болезней по поводу лихорадки не-

ясного генеза¹². Частота СМ в 2007 г., по оценке 26 практикующих врачей и 83 консультантов-специалистов в терапии, неврологии и дерматологии, колеблется от 0,0001 до 15%, в среднем составляя 1,3%¹³.

Возраст пациентов с СМ значительно варьирует. Средний возраст больных — от 30 до 40 лет¹⁴. Дискуссионными остаются вопросы о половом преобладании мужчин среди больных СМ, наличии криминального анамнеза и лекарственной зависимости. Стереотип пациента с СМ как антисоциального, социально нестабильного мужчины сегодня не находит поддержки у большинства исследователей¹⁵. Уже в описаниях R. Asher было отмечено, что асоциальные и странствующие пациенты — это только часть больных с СМ, а в большинстве наблюдаемых им случаев это были социально стабильные женщины, работающие в медицинской сфере. Для этой категории больных был предложен термин «фиктивные медсестры» («the factitious nurse»)¹⁶.

Именно эту категорию больных чаще наблюдают в общей медицинской практике, поскольку их знания позволяют им, с одной стороны, более тонко предъ-

⁶ Prasad A., Oswald A.G. Munchausen's syndrome: an annotation. *Acta psychiatr Scand.* 1985, V. 72: 319—322; *Folks D.G., Freeman A.M.* Munchausen's syndrome and other factitious illness. *Psychiatr Clin North Am.* 1985, V. 8: 263—278.

⁷ Дюкова Г.М. Синдром Мюнхаузена в клинической практике // Лечение заболеваний нервной системы. 2015. № 1 (16). С. 27—34.

⁸ DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.* Washington, 1990.

⁹ Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ: Пер. с англ. / Под ред. Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. СПб., 1994.

¹⁰ Sutherland A.J., Rodin G.M. Factitious disorders in general hospital setting: clinical features and review of the literature. *Psychosomatics.* 1990, V. 31: 392—399.

¹¹ Knockaert D.C., Vanneste L.J., Vanneste S.B., Bobbaers H.J. Fever of Unknown Origin in the 1980. *Arch Intern Med.* 1992, V. 152, N. 1: 51—55; *Gault M.H., Campbell N.R., Aksu A.E.* Spurious stones. *Nephron.* 1988, V. 48: 274—279.

¹² Aduan R.P., Fauci A.S., Dale D.C. et al. Factitious Fever and Self Induced Infection. *Annals of Internal Medicine.* 1979, V. 90: 340—342.

¹³ Fliege H., Grimm A., Eckhardt-Henn A., Gielert U., Martin K., Klapp B.F. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics.* 2007, V. 48: 60—64.

¹⁴ Ireland P., Sapira J.D., Templeton B. Munchausen syndrome: Review and report of an additional case. *Am J Med.* 1967, V. 43: 579—592; *Pancratz L.* A review of the Munchausen syndrome. *Clin Psychol Rev.* 1981, V. 1: 65—78; *Folks D.G., Freeman A.M.* Munchausen's syndrome and other factitious illness. *Psychiatr Clin North Am.* 1985, V. 8: 263—278.

¹⁵ Bass Ch. Factitious disorders and malingering // *Contemporary Approaches to the Study of Hysteria.* Oxford, 2001. Chapt. 9: 126-142.

¹⁶ Kanaan R.A.A. Factitious Disorders in Neurology: An Analysis of Reported Cases. *Psychosomatics.* 2010, N 51: 47—54.

являть псевдосоматические симптомы, а с другой — в их распоряжении находятся препараты, которые могут быть использованы для искусственного моделирования (самоиндуцирования) симптомов.

Больные с СМ встречаются в практике врачей самых разных специальностей. Наиболее часто они встречаются в хирургических, нейрохирургических, неврологических, гастроэнтерологических, кардиологических, инфекционных, гематологических, урогенитальных и дерматологических стационарах. В психиатрическом стационаре (псевдодеменция, галлюциноз и пр.) они появляются значительно реже.

L. Pancratz, анализируя клиническую симптоматику у 104 больных с СМ, обращает внимание на преобладание болевых и геморрагических синдромов (соответственно 75 и 31%)¹⁷. Более четверти его больных предъявляли жалобы на урогенительные расстройства с болями и гематурией. У четверти больных встречались кардиальные боли.

Поскольку диагноз как ишемической болезни сердца, так и камней в почках нельзя устанавливать только при помощи клинического осмотра, то необходимы дополнительные обследования, которые просит провести сам пациент. При этом во время осмотра у такого пациента могут быть свидетельства различных операций, которые объясняются «правдоподобной», но зачастую запутанной историей болезни. Если врач даже и предполагает фиктивный характер симптомов, то он не может просто отпустить пациента, не проведя дополнительных исследований. Во время госпитализации пациент может нарушать порядок в отделении, требуя срочной помощи, сложных диагностических исследований, особого отношения к себе. В половине случаев больной совершает поступки, противоречащие назначениям врача.

Количество госпитализаций на одного больного с СМ колеблется от 25 до 200, в среднем составляя 57 госпитализаций на одного пациента. Длительность госпитализации таких больных существенно меньше, чем других категорий пациентов. Из пятых больных с СМ только один находился в стационаре в течение месяца, в то время как остальные четверо от 7—16 часов до 7—8 дней, и практически все самостоятельно покидали клинику¹⁸.

Больные обычно поступают в стационары в состоянии, требующем urgentной помощи. Причиной экстренной госпитализации больных могут быть

острейшие боли в сердце или животе, геморрагические синдромы (кровотечения), высокая лихорадка, судорожные синдромы (генерализованные припадки или псевдостатус), утрата сознания (глубокий «обморок») и пр. В неврологической практике наиболее часто такие больные требуют дифференциальной диагностики с эпилепсией, субарахноидальным кровоизлиянием, менингитом, черепно-мозговой или спинальной травмой, невралгией, болезнью Меньера.

В случае хронических болей их интенсивность также очень высока, и именно это побуждает врачей идти на радикальные меры (блокады, перерезку корешков спинного мозга). В нашей клинике наблюдался больной, который требовал оперативных вмешательств по поводу некупируемых односторонних болей в шейном отделе позвоночника. Всего ему было сделано семь операций; после каждой операции болевой синдром уменьшался на некоторое время, а затем вновь с такой же интенсивностью проявлялся на другой стороне, и больной требовал новых оперативных вмешательств.

Больные доставляются машиной скорой помощи или сами приходят в приемное отделение, чаще в ночное время, когда сложно провести полное обследование больного и зачастую работают менее подготовленные молодые врачи. Как правило, они поступают без документов, без сопровождающих лиц, которые могли бы прояснить детали анамнеза. Поскольку получение объективного анамнеза затруднено, а состояние больного «неуклонно ухудшается», то нередко врачи вынуждены для исключения тяжелого органического процесса немедленно проводить сложные диагностические манипуляции, включающие и инвазивные методы обследования.

У наблюдавшихся нами больных в анамнезе было несколько диагностических лапаротомий, пневмоэнцефалографий, миелографий, ангиографий. Нередко интенсивную терапию проводили, помещая больных в реанимационные блоки.

Уже собирая анамнез болезни, врач может заподозрить СМ, анализируя его содержание, манеру изложения и речь больного. Сразу обращает на себя внимание обилие заболеваний с urgentным дебютом,

¹⁷ Pancratz L. A review of the Munchausen syndrome. Clin Psychol Rev. 1981. V. 1: 65—78.

¹⁸ Bauer M., Boegner F. Neurological syndromes in factitious disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1996, V. 184. N 5: 281—288.

множественные оперативные вмешательства (многочисленные послеоперационные шрамы на теле), обилие «серьезных» и «тяжелых» заболеваний без документального подтверждения.

Больные часто описывают драматические ситуации в своей жизни, жизни близких, в которые они попадают. Часто в эти драматические ситуации включают компоненты травматизации, утраты, агрессии, направленной на больного. Так, одна наша больная рассказывала, как мачеха «била ее головой об стенку», хотя из разговора с родственниками выяснилось, что ничего подобного не было.

Другой больной, поступивший в отделение по поводу «эпилепсии», рассказывал, что получил контузию во время афганской войны, а затем горел в пожаре на Чернобыльской АЭС и с него «сдирали комбинезон вместе с кожей», чем и объяснял имеющееся у него распространенное витилиго. В этих случаях мы рекомендуем использовать простой диагностический прием — «доведение ситуации до абсурда». Так, если пациент рассказывает о травмах, полученных при нападении бандитов, об участии в военных конфликтах, гибели близких в автокатастрофе и т.д., врач может добавить вопросы о еще нескольких драматических ситуациях. Например, спросить: «А не было ли ситуации, когда вы тонули, или спасали кого-то в пожаре, или попадали в перестрелку бандитов, находились в состоянии клинической смерти» и т.д. В этих случаях обычно больные начинают развивать ее дальше или говорят, несколько задумавшись, «такого не было, но...» и далее приводится очередной фантастический рассказ о том, как больной «упал с пятого этажа на кирпичи», как «его нашли без сознания, ограбленного и избитого», «как в больнице ему проткнули пищевод» и пр. Если больной охотно развивает тему и добавляет несколько драматических ситуаций, то феномен «патологической лживости» становится очевидным.

Известно, что ложь является естественным, жизненно необходимым процессом, используемым для самозащиты или агрессии¹⁹. Существуют два вида лжи: агрессивная и защитная. Агрессивная ложь включает ложь тщеславия, мести, преувеличения и ложного обвинения, в то время как к защитной лжи относят утаивание и отрицание для сохранения доверия или избежания наказания. Показано, что подавляющее большинство патологических лжецов используют агрессивную ложь. Патологическую ложь (*pseudologia fantastica*) определяют как фальсификацию,

непропорциональную практической цели, часто странную и запутанную, существующую более нескольких лет или даже на протяжении всей жизни, в отсутствие явных признаков безумия, слабоумия или эпилепсии²⁰. Характерными чертами *pseudologia fantastica* является то, что эти рассказы не используются для личной выгоды и в них нет четкой границы между фикцией и реальностью. *Pseudologia fantastica* характеризуется следующими признаками: рассказы не являются полностью неправдоподобными и часто строятся на основе реальности; рассказы устойчивы; истории рассказываются не для личной выгоды *per se* и имеют самопреувеличивающий характер; они отличаются от иллюзий тем, что, встречаясь с фактами, человек осознает их неправдоподобие.

Описано три необходимых критерия для выявления мифомании или *pseudologia fantastica*: рассказ должен быть правдоподобным и как-то ссылаться на реальность; воображаемые приключения должны выявляться в различных ситуациях и длительное время; темы этих приключений отличаются, но герой или жертва всегда присутствуют. *Pseudologia* описана, как самостоятельный синдром, в то же время она считается необходимым критерием синдрома Мюнхаузена²¹.

Вместе с тем, действительно, большинство больных СМ в детстве испытывали депривацию заботы и любви. Нередко выявляется ранний опыт общения с медицинскими учреждениями, где они получали больше внимания и заботы, чем дома²².

Их личность и поведение описывают как вычурное, зависимое, драматическое, уклоняющееся (*evasive*); часто они имеют медицинское образование, неуправляемы, склонны к самоповреждениям²³.

Из пятерых больных с СМ, описанных М. Bauer с соавт., у четверых отмечена выраженная агрессивность в их психопатологической картине; наряду с этим отмечены нарушение контроля импульсов, са-

¹⁹ Wile I. Lying as a biological and social phenomenon. *Nerv. Child.* 1942. V. 1: 293—313.

²⁰ Healy W., Healy M.T. Pathological lying, accusation, and swindling. In: Gault R.H., Crossley F.B., Garner J.W., eds. *Patterson Smith reprint series in criminology, law enforcement, and social problems.* Montclair, New Jersey: Patterson Smith, 1969. Cases 1—12; 22—27.

²¹ King B.H., Ford C.V. *Pseudologia Fantastica.* *Acta psychiatr Scand.* 1988. V. 77: 1—6.

²² Walker E.A., Katon W.J., Hansom J. et al. Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosom Med.* 1992. V. 54: 658—664.

²³ Folks D.G. Munchausen syndrome and other factitious disorders // *Neurologic clinics.* 1995, V. 13. N 2: 267—281.

модеструктивное поведение. Соответственно Оси II DSM-III-R у одного больного была диагностирована хистрионная личность, у двоих — шизоидная, у одного — пограничная, у троих — антисоциальная и одного — нарциссическая²⁴.

Нейропсихологический дефицит, как основа клинических проявлений СМ, обсуждается достаточно широко. L. Pancratz с соавт. изучили пятерых больных с СМ, которые были интеллектуально сохранены, особенно в отношении их вербальных способностей, но когда провели нейропсихологическое тестирование, то выявили дефицит в концептуальной организации и обращении с комплексной информацией, а также в ее оценках (judgement). Авторы предположили, что возможно легкий, но важный нейропсихологический дефицит ответствен за появление патологического поведения при СМ, и особенно псевдологии. Не исключено, что именно проявления СМ могут быть расценены, как компенсация проблем, созданных мозговым повреждением²⁵.

Возможность органического поражения мозга у больных с синдромом Мюнхаузена впервые предположил еще R. Asher. И хотя до сих пор систематического исследования церебральной патологии на репрезентативной выборке пациентов СМ не проводилось, большинство авторов подчеркивают важную, если не ключевую, роль церебральной дисфункции в патогенезе как отдельных проявлений, так и всего СМ.

Для диагностики синдрома Мюнхаузена D. Folks были предложены следующие характерные признаки: патологическая лживость; повторяющиеся выдуманные или симулированные заболевания; многочисленные госпитализации на широкой географической территории (перигринация)²⁶.

По данным Ch. Bass с соавт., к признакам, позволяющим заподозрить СМ, можно отнести следующие: 1) пациент проходил лечение во многих различных клиниках и больницах; 2) пациент сообщает изменчивую, частичную, неверную информацию и сопротивляется попыткам получить информацию от внешних источников (родственников, знакомых, предыдущих клиник или врачей); 3) течение болезни атипичное и не соответствует анамнезу, присущему предполагаемому диагнозу; 4) проведено большое количество исследований, консультаций, терапевтических и хирургических воздействий с минимальным эффектом или его отсутствием; 5) выраженность и количество симптомов постоянно превосходят объективные данные, и симптомы оказываются преувеличенными пациентом;

6) многие проявления болезни самоиндуцированы или, по крайней мере, усугублены с помощью самоманипуляций; 7) пациенты требуют инвазивных медицинских процедур или хирургических вмешательств и охотно идут на них; 8) физические доказательства искусственной причины болезни могут быть выявлены во время курса лечения; 9) пациент предсказывает ухудшение или эксацербацию незадолго до запланированной выписки; 10) диагноз искусственных расстройств точно установлен, как минимум, одним медицинским специалистом; 11) пациент не комплаентен с диагностическими и терапевтическими рекомендациями; 12) лабораторные данные или другие тесты противоречат информации, предоставленной пациентом; 13) пациент имеет анамнез работы в области здравоохранения; 14) пациент обращается за медицинской или хирургической помощью, но от консультации психиатра отказывается; 15) послеоперационные шрамы не соответствуют анамнезу; 16) пациент лучше владеет медицинской терминологией и пониманием больничных процедур, чем иные больные²⁷.

Диагностика СМ основывается на критериях, описанных выше. Наиболее трудной является дифференциальный диагноз с конверсионными расстройствами, для которых также характерна патологическая лживость, псевдоневрологические симптомы и повторные госпитализации в стационары.

Существует точка зрения, что синдром Мюнхаузена — это более тяжелая форма конверсионных расстройств, развившаяся на фоне грубых личностных нарушений²⁸.

В значительной части случаев, как только больной интуитивно чувствует, что врач начинает подозревать симулятивное расстройство или пытается получить объективный анамнез от родственников или сотрудников, пациент покидает стационар без согласия врача и без положенных документов. В следующем стационаре подобная история вновь повторяется.

²⁴ Bauer M., Boegner F. Neurological syndromes in factitious disorder // The Journal of nervous and Mental Disease. 1996. V. 184. N 5: 281—288.

²⁵ Pancratz L., Lezak M. Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome // Hillside Journal of Clin Psychiatry. 1987. V. 9: 195—206.

²⁶ Folks D.G. Munchausen syndrome and other factitious disorders // Neurologic clinics. 1995. V. 13. 2: 267—281.

²⁷ Bass Ch., Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. Lancet. 2014. V. 383: 1422—32.

²⁸ Reuber M, Pukrop R, Mitchell A J., Bauer J, Elger Ch.E. Clinical significance of recurrent psychogenic nonepileptic seizure status. J Neurol. 2003. 250: 1355—1362.

УДК 618.1
ББК 57.1

ЧРЕСКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

С.Б. КАЗАКОВЦЕВА,

кандидат медицинских наук, ФГБУ
«Больница с поликлиникой» УДП РФ.
Научная специальность: 14.01.01 —
Акушерство и гинекология.
E-mail: humanityspace@gmail.com

Аннотация. Статья посвящена актуальной проблеме роли малоинвазивной хирургии в лечении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, осложненных тубоовариальными образованиями. Показаны возможности чрескожных пункционных методов. Приведены результаты использования данного метода, сформулированы показания и противопоказания.

Ключевые слова: чрескожная пункция, УЗИ контроль, рентген контроль, тубоовариальные образования.

PERCUTANEOUS PUNCTURE OF THE TUBOOVARIAN TUMOR TREATMENT

S.B. KAZAKOVITSEVA,

the candidate of medical Sciences,
FSBI «Hospital» UDP RF

Annotation. The article is devoted to the urgent problem of minimally invasive surgery's role in the treatment of women pelvic organs in inflammatory diseases complicated by tubo-ovarian tumor. The author shows the possibility of percutaneous puncture techniques. The article presents the results of using this method; the indications and contraindications are described.

Keywords: percutaneous puncture, ultrasound, X-ray control, tubo-ovarian tumor.

В последние десятилетия в науке и практике ведется активная работа по внедрению новых технологий лечения в области малоинвазивной хирургии. Вопрос о целесообразности и эффективности пункционного дренирования гнойных придатковых образований дискутируется на протяжении многих лет. Камнем преткновения для противников пункционных и органосохраняющих методик является наличие «пиогенной капсулы», сохранение даже части которой, по мнению ряда авторов [1, с. 328; 3], ведет к неизбежному рецидиву тубоовариальных образований.

Аспирация содержимого и санация воспалительных образований малого таза в гинекологической практике использовались задолго до появления метода ультразвуковой диагностики [2]. Многие авторы на сегодняшний день считают трансвагинальный пункционный метод лечения гнойно-воспалительных образований (не осложненных пельвиоперитонитом, перфорацией и параметритом) оптимальным [6].

Материалы и методы. В исследовании приняла участие группа из 31 пациентки с диагнозом «тубоовариальное образование органов малого таза». Это были пациентки в возрасте от 18 до 54 лет, длительность заболевания у которых превышала три недели. При обследовании у них был выявлен плотный инфильтрат малого таза с признаками абсцедирования и с явлениями выраженной интоксикации. Также при обследовании у пациенток данной группы выявлены различные виды экстрагенитальной патологии, а также наличие в анамнезе операции на брюшной полости. Все чрескожные вмешательства проводились в условиях специально оборудованной рентгеноперационной. Пункцию жидкостных скоплений осуществляли под контролем УЗИ с помощью УЗ-аппарата «Aloka-500» (Япония), манипуляции по установке дренажа — под контролем С-дуги «Stenoskor» (General Electric). Датчики ультразвукового операционного аппарата, пункционные приставки и рабочий инструмент подвергали стерилизации 0,5%-ным раствором хлоргексидина.

Для наружного дренирования использовали инструментальный фирм Cook (Дания): атравматичные иглы Chiba 18G, проводники различной модификации и степени жесткости, ультратановые наружные дренажи диаметром 10-12 Fr модификации «pig tail» или «корзинка» в зависимости от конфигурации полости деструкции. Манипуляцию производили под внутривенным обезболиванием. В области предполагаемой точки пункции вы-

полняли местную анестезию кожи, подкожной клетчатки и мышц передней брюшной стенки, используя для этого 0,25%-ный раствор новокаина или лидокаина (с учетом лекарственной непереносимости). Доступ в полость деструкции осуществляли методом «свободной руки» под постоянным УЗ-контролем. В зависимости от расположения абсцесса по изображению на экране монитора выбиралась зона пункции. Определялась оптимальная траектория канала, с тем чтобы избежать повреждения расположенных рядом органов (стенки кишки, кровеносных сосудов и т.д.) с условием хорошей визуализации абсцесса.

В большинстве случаев вмешательство осуществлялось в два этапа по методике Сельдингера, когда изначально выполняли пункцию полости, частичную эвакуацию гнойного содержимого, затем вводили контрастное вещество, по игле проводили мягкий J-образный проводник и после бужирования пункционного канала устанавливали дренаж необходимого диаметра и модификации. Высокая разрешающая способность УЗИ создавала условия для практически безопасной чрескожной пункции гнойного очага, в том числе и небольшого объема, например пиосальпинкса. При выявлении ТО с несколькими не связанными друг с другом полостями проводилось дренирование несколькими дренажами. Максимальное число установленных дренажей — 3.

Полученный при пункции материал отправляли на бактериологическое исследование. Принятая тактика ограничивала возможность более широкого использования пункционного метода, так как этап дренирования предъявляет более строгие требования к оценке доступа по сравнению с пункцией. Принципом безопасности был также обусловлен выбор двухэтапной методики. Она более предпочтительней по сравнению с одномоментным дренированием стилет-катетером из-за большей ее безопасности на этапе пункции гнойной полости. После эвакуации содержимого абсцесса проводили промывание полости абсцесса антисептическим раствором. Количество вводимого раствора контролировали по объему (оно не должно было превышать количество эвакуированного гноя), чтобы избежать подтекания гнойного содержимого за пределы полости. Контрастирование полости позволяло оценить ее контуры, размеры и возможную связь со свободной брюшной полостью и соседними органами. В последующие дни осуществляли ежедневное промывание дрениро-

ванной полости растворами антисептиков (хлоридом натрия 0,9% с диоксицином 1% — 10,0—20,0 или водным раствором хлоргексидина) и УЗ-контроль размеров и формы полости.

Критериями эффективности дренирования и показаниями для удаления дренажа являлись:

- 1) клинические — нормализация температуры тела в течение 2-3 дней после чрескожного дренирования, нормализация общего анализа крови, исчезновение клинических симптомов;
- 2) инструментальные — резкое уменьшение или отсутствие полости при контрольном УЗИ и фистулографии;
- 3) местные — незначительное количество прозрачного отделяемого по дренажу или отсутствие отделяемого.

Показанием для удаления дренажа было достижение эффекта по всем трем критериям. Признаками неадекватного дренирования являлись сохранение клинических симптомов интоксикации в течение 1—3 суток после дренирования, отсутствие отделяемого по дренажу, отсутствие уменьшения полости абсцесса при контрольном УЗИ или фистулографии. Данная ситуация требовала либо проведения повторной пункции и дренирования, либо принятия решения о проведении открытой операции. В исследованной группе пациенток имелось два таких случая.

Результаты и их обсуждение. Начиная внедрение этого метода, его рассматривали как этап предоперационной подготовки, позволяющий удалить гнойный субстрат, снизить явления интоксикации и провести радикальную операцию в отсроченном порядке [4; 5]. Это давало возможность провести противовоспалительную терапию, тем самым отграничив зону поражения, коррекцию метаболических нарушений, лечение декомпенсированной соматической патологии и адекватное обследование пациентки. Наши данные показали, что при отсутствии или удалении ВМК сочетание чрескожного дренирования и адекватной консервативной терапии может привести к положительным результатам без последующих операций.

Повторная аспирация и промывание полостей проводились в дальнейшем каждые 24 часа, общим шагом до 3—5 раз. По ранее описанным критериям проведена оценка эффективности метода ЧД в сочетании с консервативной терапией. Снижение болевого симптома происходило, как правило, сразу после эвакуации гнойного содержимого, в дальнейшем, на-

чая с трех суток послеоперационного периода, пациенткам не требовалось назначения обезболивающих препаратов, и полное купирование болевого синдрома происходило к 6—10 суткам. Во всех случаях в послеоперационном периоде проводилось УЗИ малого таза. В тех случаях, когда послеоперационный период протекал гладко, это исследование проводилось на третьи, затем седьмые сутки. При неадекватном сохранении температуры, отсутствие положительной динамики лабораторных показателей исследование осуществлялось дополнительно. При положительной динамике отмечалось уменьшение размеров инфильтрата, отсутствие или значительное уменьшение полости абсцесса, восстановление анатомических соотношений органов малого таза. При оценке динамики количества лейкоцитов, степени палочкоядерного сдвига, СОЭ в клиническом анализе крови у данной группы пациенток до и после хирургического вмешательства лейкоцитоз сохранялся на протяжении 2—3 суток послеоперационного периода. Нормализация палочкоядерного сдвига достоверно отмечалась к 6—7 суткам. Снижение СОЭ постепенно происходило к 9—10 суткам, как правило, не ниже 25 мм/ч. Снижение болевого синдрома, нормализация температуры тела, нормализация показателей лейкоцитарной формулы крови и тенденция к снижению СОЭ, выявление УЗ-критериев улучшения ситуации расценивались как «положительная динамика», а сохранение хотя бы одного из перечисленных показателей — «слабоположительная». В этом случае ситуация требовала проведения более радикальных методов лечения.

При анализе клинических ситуаций выявлено три случая, когда от проведения метода ЧД пришлось воздержаться: в одном (3,2%) — в связи с отсутствием адекватного доступа для проведения операции, и в двух (6,4%) ввиду отсутствия технических возможностей (отсутствия специалиста, владеющего данной методикой). Из общего числа пролеченных по данной схеме одной пациентке (3,2%) потребовалось срочное оперативное лечение в объеме аднексэктомии, так как причиной возникновения тубоооара в этом случае было нагноение дермоидной кисты. Операция данной пациентке выполнена была лапаротомным доступом. В двух случаях (6,4%) динамика послеоперационного течения заболевания была расценена как «слабоположительная» и пациенткам была выполнена операция лапа-

ротомным доступом. Одна пациентка (3,2%) поступила через 12 месяцев с рецидивом тубоооариального абсцесса, развившимся после смены полового партнера. Эта пациентка не соблюдала предписанных ей рекомендаций, после выписки не посещала врача женской консультации. При повторной госпитализации ей после проведения однократной пункции и обследования была проведена операция в объеме двусторонней аднексэктомии.

Одна пациентка (3,2%) была оперирована в плановом порядке, через 6 месяцев после выписки, так как в процессе дальнейшего обследования был выявлен односторонний сактосальпинкс и сохранялся умеренно выраженный болевой синдром. Больной произведена тубэктомия лапароскопическим доступом.

Заключение. В исследовании группы пациенток, получивших лечение с использованием пункционных методов лечения, установлено следующее.

1. Показания к чрескожным пункционным методам лечения в сочетании с консервативной терапией в ходе лечения больных с тубоооариальными образованиями малого таза: длительность заболевания более трех недель, предполагается наличие плотного инфильтрата с признаками абсцедирования; отсутствие или удаление ВМК в начале лечения; наличие возможности безопасного доступа для проведения пункций и дренирования под контролем УЗИ; наличие соматической патологии, являющейся противопоказанием для проведения лапароскопии, и высокий риск анестезиологического пособия; наличие спячного процесса в брюшной полости и малом тазу.

2. Условия выполнения: надежная адекватная УЗИ диагностика; наличие специалиста, владеющего пункционными методиками в штате больницы; возможность контроля лабораторных показателей.

3. Преимущества чрескожных пункционных методов лечения в сочетании с консервативной терапией: данный метод при условии возможности адекватного дренирования может позволить избежать оперативного лечения, а в ряде случаев позволяет, улучшив клиническую ситуацию, подготовить больную к оперативному лечению; дает возможность выполнения органосохраняющих операций, неоднократного проведения операции с объективной оценкой результата лечения.

4. Недостатки чрескожных пункционных методов лечения в сочетании с консервативной терапией:

возможность рецидивов; спаечный процесс и, как следствие, — нарушение репродуктивной функции; синдром тазовой боли; высокие требования к оснащению и уровню подготовки кадров медицинского учреждения.

Литература

1. Аскольская С.И., Кочарян Л.Г. Статистический анализ сроков рецидивирования гинекологических заболеваний при повторных операциях в гинекологии // Материалы VII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2005.

2. Домрачева М.Я., Макаренко Т.А., Даташвили С.С., Ульянова И.О. Морфологические особенности в очаге воспаления при гнойных воспалительных заболеваниях придатков матки // Вести. РУДН. 2012. № 5.

3. Железнов Б.И. Морфологический аспект острого воспаления придатков матки у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. 1990. № 6.

4. Казаковцева С.Б. Анализ подходов к лечению больных с осложненными формами воспалительных заболеваний гениталий // Гуманитарное пространство. Междунар. альманах. 2014. Т. 3. № 1.

5. Казаковцева С.Б. Ранняя диагностика урогенитальных инфекций как способ профилактики осложненных гнойно-септических заболеваний гениталий у женщин // Гуманитарное пространство. Междунар. альманах. 2014. Т. 3. № 1.

6. Кулезнева Ю.В., Израйлов Р.Е., Лемешко З.А. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении острого аппендицита. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

References

1. Askolskaia S.I., Kocharian L.G. Statisticheskii analiz srokov retsidivirovaniia ginekologicheskikh zabolevanii pri povtornykh operatsiiakh v ginekologii // Materialy VII Vserossiiskogo nauchnogo foruma «Mat i ditia». M., 2005.

2. Domracheva M.Ia., Makarenko T.A., Datashvili S.S., Ulianova I.O. Morfologicheskie osobennosti v ochage vospaleniia pri gnoinykh vospalitelnykh zabol-evaniiax pridakov matki // Vesti. RUDN. 2012. № 5.

3. Zheleznov B.I. Morfologicheskii aspekt ostrogo vospaleniia pridakov matki u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta // Akusherstvo i ginekologiya. 1990. № 6.

4. Kazakovtseva S.B. Analiz podkhodov k lecheniiu bolnykh s oslozhnennymi formami vospalitelnykh zabol-evanii genitalii // Gumanitarnoe prostranstvo. Mezhdunar. almanakh. 2014. T. 3. № 1.

5. Kazakovtseva S.B. Ranniaia diagnostika urogenitalnykh infektsii kak sposob profilaktiki oslozhnennykh gnoino-septicheskikh zabolevanii genitalii u zhenshchin // Gumanitarnoe prostranstvo. Mezhdunar. almanakh. 2014. T. 3. № 1.

6. Kulezneva Iu.V., Izrailov R.E., Lemeshko Z.A. Ultrazvukovoe issledovanie v diagnostike i lechenii ostrogo appenditsita. M.: GEOTAR-Media, 2009.

УДК 614
ББК 57

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ КОСМИЧЕСКИХ ПОЛЕТОВ

Д.О. МЕШКОВ,

доктор медицинских наук,
руководитель сектора координации
научных исследований и информации,
Национальный НИИ общественного
здоровья им. Н.А. Семашко;

Б.А. СПАСЕННИКОВ,

доктор юридических наук,
доктор медицинских наук, профессор,
главный научный сотрудник
ФКУ НИИ ФСИН России,
E-mail: borisspasennikov@yandex.ru;

Л.Ю. БЕЗМЕЛЬНИЦЫНА,

кандидат медицинских наук,
ведущий научный сотрудник,
Национальный НИИ общественного
здоровья им. Н.А. Семашко»

Аннотация. Рассмотрена возможность применения клиничко-экономического анализа в практике медицинского обеспечения космических полетов.

Ключевые слова: клиничко-экономический анализ, медицинское обеспечение, исследование космоса.

PROBLEMS OF CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS IN MEDICAL SUPPORT SPACE FLIGHT

D.O. MESHKOV,

MD, Head of Sector Coordination
of Research and Information,
The National Research Institute of Public
Health named after N.A. Semashko;

B.A. SPASENNIKOV,

JD, MD, PhD, Professor,
Chief Researcher, Research Institute
of the Federal Penitentiary Service;

L.YU. BEZMEL'NICYNA,

MD., Leading Researcher, The National
Research Institute of Public Health
named after N.A. Semashko

Annotation. The article considers the possibility of clinical and economic analysis in the practice of medical support space missions.

Keywords: clinical and economic analysis, medical maintenance, space exploration.

Развитие современных технологий приводит к освоению космоса и реализации космических научно-хозяйственных программ, включающих два направления: исследования (фундаментальную науку) и производительное использование космоса.

Из четырех возможных компонентов космической индустрии активно осваивается усвоение и передача информации по всем возможным каналам, а также элементы телеуправления и контроля. Два других компонента — генерирование и трансляция света и энергии, а также создание и эксплуатация новой окружающей среды находятся на уровне научных поисковых и прикладных исследований. Эти вложения базируются на экономическом реализме и полностью согласуются с «наземными» задачами развития общества¹.

Несмотря на периодически возникающие мировые и региональные экономические кризисы, ни одна из стран не вышла из международных космических программ и не прекратила полностью национальные исследования в этой области.

При этом очевидно, что если готовые и отработанные на Земле технологии возможно использовать в космосе в автоматическом режиме, то научные исследования и отладку технологий в условиях микрогравитации должны проводить люди, имеющие гораздо большие возможности для принятия оперативных и зачастую нестандартных решений, чем самый совершенный механизм.

Общее число специалистов, побывавших в космосе, по данным на февраль 2016 г., составило 547 человек и, безусловно, будет увеличиваться².

Несмотря на строгий отбор и постоянное медицинское сопровождение пилотируемых космических полетов, часть из них пришлось завершить досрочно именно по медицинским показателям. При этом завершалась работа всего экипажа из трех человек³.

Минимальная стоимость доставки 1 кг груза на орбиту в настоящее время составляет около 24 тыс. долл. при использовании космического корабля «Прогресс» (2,5 т груза при стоимости запуска 60 млн долл.).

Использование других, помимо Роскосмоса, поставщиков «космических» услуг и других носителей обойдется значительно

¹ Краффт А. Эрик. Будущее космической индустрии // URL:http://astronaut.ru/bookcase/books/ehricke/text/01.htm?reload_coolmenus

² URL:<http://astronaut.ru/register/register-number.htm>

³ URL:<http://www.aif.ru/society/history/1314290>

дороже. При этом стоимость самих космических программ может достигать миллиардов долларов, а возможность экстренного спуска экипажа с орбиты может быть затруднена или такая возможность будет отсутствовать, например, при реализации «лунной» или «марсианской» программ⁴.

Данная ситуация приводит к появлению особых требований к медицинским технологиям, используемым как при отборе и подготовке к космическому полету, так и во время самого полета. Очевидно, что в первом случае основное внимание должно уделяться совершенствованию методов диагностики, в то время как методы лечения и профилактики не требуют сильного расхождения с общепринятой практикой. Во втором случае крайне важное значение приобретает возможность оказания своевременной и адекватной помощи непосредственно на борту космической станции, в условиях ограниченных ресурсов.

Во второй половине XX в. в большинстве стран мира в практику организации и управления здравоохранением внедрен подход к рациональному использованию медицинских технологий, называемый «Оценка технологий здравоохранения» (ОТЗ), который является основой для повышения эффективности и доступности медицинской помощи населению при ограниченных ресурсах. ОТЗ вносит вклад в совершенствование политики здравоохранения, обеспечивая руководителей здравоохранения научными данными, влияющими на принятие решения в отношении рационального использования технологий.

В основе ОТЗ лежит клиничко-экономический анализ, позволяющий оценить экономическую эффективность применяемой технологии, приведя к соответствию такие показатели, как безопасность, клиническая эффективность (в клинических исследованиях и в реальной клинической практике) и затраты. Последние, в свою очередь, делятся на прямые (связанные с лечением заболевания), косвенные (экономические потери, к которым приводит заболевание) и неизмеримые (в данном случае — потеря престижа в результате срыва космической программы)⁵.

Прямые медицинские затраты на лечение в реальной клинической практике заболеваний могут существенно различаться, что связано со стоимостью самих лекарственных препаратов, особенностями их применения и, что немаловажно, готовностью общества платить за лечение именно этих заболеваний. Например, социально приемлемые затраты на лечение

диабета отличаются от таковых при лечении онкологических заболеваний, ВИЧ-инфекции или ювенильного идиопатического артрита⁶.

При использовании лекарственных препаратов (медицинских технологий) в условиях космического полета к стоимости самих препаратов (при возможности их использования, например, по условиям и срокам хранения), добавляется стоимость их доставки и стоимость полезного груза, место которого занимают эти препараты. Косвенные затраты в этом случае должны учитывать риски, связанные с возможным срывом и стоимостью космических программ. Неизмеримые затраты (потеря престижа) при определенных условиях также могут монетизироваться, например при отказе коммерческих партнеров от дальнейшего сотрудничества. Очевидно, что напрямую просчитать эти затраты невозможно, ответ может быть получен только при оценке рисков развития неблагоприятной ситуации и ее последствий путем математического моделирования. Таким образом, основой для принятия решения об использовании медицинской технологии (диагностической, профилактической, лечебной) в практике медицинского обеспечения полетов может быть только вероятностное описание событий, полученное в результате математического моделирования с учетом возможности развития описанных событий.

При выборе медицинских технологий для медицинского обеспечения пилотируемых космических полетов необходимо также учитывать вероятность развития тех или иных состояний, связанных с особенностями изменения реактивности организма человека в условиях космического полета в целом, индивидуальными особенностями конкретного члена экипажа и его нормой реакции, а также наличием медицинских технологий, пригодных к применению с учетом всех этих условий.

Изменение реактивности организма человека в условиях космического полета затрагивает практически все системы и органы, включая систему имму-

⁴ URL:<http://picon-express.ru/index.php/spb/67-spacedelivery>

⁵ Хабриев Р.У., Ягудина Р.И., Правдюк Н.Г. Оценка технологий здравоохранения. М.: Медицинское информационное агентство, 2013.

⁶ Мешков Д.О., Безмельницына Л.Ю., Черкасов С.Н. Ценообразование и возмещение за лекарственные препараты в России и европейских странах // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 2. С. 161—164.

нитета. Исследования, проведенные в рамках пред- и послеполетного обследования членов экипажей и на борту орбитальных станций⁷, дополненные исследованиями с моделированием отдельных факторов космического полета в наземных условиях с участием добровольцев⁸, а также исследования на лабораторных животных на Земле и в условиях космического полета⁹ показали существенную перестройку системы иммунитета, затрагивающую клеточные и гуморальные механизмы обеспечения резистентности организма человека и животных к неблагоприятным факторам внешней среды.

При этом незначимые или относительно легко устранимые в условиях Земли изменения начинали вносить существенный вклад в формирование общего здоровья членов экипажей космических аппаратов. Так, наблюдалась сенсбилизация к бактериальными химическим аллергенам, присутствующим в условиях герметично изолированных помещений, включая орбитальную станцию и глубоководные комплексы. У космонавтов выявлена взаимосвязь между числом экспедиций на орбитальную станцию и общей длительностью пребывания в условиях космического полета со степенью выраженности сенсбилизации к химическим и бактериальным аллергенам при использовании лабораторных методик *in vitro*.

Анализ происходящих изменений позволил предположить переключение реакций иммунитета с иммунного ответа на ответ аллергический, при котором нарушение функции фагоцитирующих клеток приводит к переключению ответной реакции на воздействие антигена на аллергический тип ответа, когда антиген становится аллергеном и взаимодействие с ним запускает иммунологические реакции, приводящие к повреждению собственных тканей организма. Одним из следствий развития такого каскада событий является повышение негативной роли аллергических реакций при развитии заболеваний человека, не связанных с иммунитетом напрямую. С практической точки зрения это приведет к тому, что инфекции будут протекать тяжелее и их лечение стандартными препаратами, высокоэффективными в условиях наземной клинической практики, будет затруднено. Аналогично события могут происходить и при развитии асептических воспалений, травм и любых повреждений тканей организма, например, вследствие воздействия тяжелых космических частиц¹⁰.

Определенную роль в развитии этих реакций играют генетические факторы. В ряде исследований показано, что реакция системы иммунитета на воздействие бактериальных антигенов иногда генетически предопределена. Взаимодействие с бактериальными антигенами может приводить к развитию четко детерминированной и развивающейся во времени реакции, требующей комплексного подхода для ее прекращения или, наоборот, устраняться в течение короткого времени после прекращения воздействия антигена¹¹.

Роль наследственных факторов в формировании иммунологических реакций, в частности активности фагоцитирующих клеток, участвующих в развитии как иммунной защиты организма, так и аллергических реакций, позволяет разработать новые подходы как к критериям отбора кандидатов в экипажи космических аппаратов, так и к выбору медицинских технологий (включая лекарственные средства) для оказания медицинской помощи на борту¹².

Таким образом, использование клинико-экономического анализа как элемента оценки технологий здравоохранения имеет определенные перспективы для экспертизы эффективности использования медицинских технологий в целях медицинского обеспечения космических полетов. При этом необходимо учитывать специфику космической индустрии, связанную с особенностями формирования прямых, косвенных и неизмеримых затрат, а также особенности реактивности организма человека в условиях воздействия факторов космического полета.

⁷ Meshkov D.O., Rykova M.P., Nesvizhsky Y.V. Sensitization of Cosmonauts to Bacterial Antigens // *Immunology Letters*. 1997. Т. 56. № 1-3 Part 1. S. 188.

⁸ Антропова Е.Н., Рыкова М.П., Мешков Д.О., Казанцева В.А. Иммунологическая реактивность и состояние кишечной вирусной флоры человека при обитании в герметично замкнутых помещениях // *Авиакосмическая и экологическая медицина*. 2000. Т. 34. № 5. С. 24—29.

⁹ Мешков Д.О. Влияние факторов космического полета на иммунитет // *Авиакосмическая и экологическая медицина*. 2001. Т. 35. № 2. С. 14—21.

¹⁰ Nesvizhskii Yu.V., Inozemtseva L.O., Meshkov D.O., Vorob'ev A.A. Factors influencing the manifestation of skin allergic reaction to microorganism antigens in healthy subjects // *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. 1995. Т. 119. № 2. С. 179—182.

¹¹ Inozemtseva L.O., Nesvizhsky Y.V., Meshkov D.O., Vorob'ev A.A., Nikiforova O.V. The role of genotype and paratype in leukocyte characters ontogenesis // *Immunology Letters*. 1997. Т. 56. № 1-3. Part 1. S. 123.

¹² Мешков Д.О., Рыкова М.П. Эндогенные регуляторные пептиды, интерфероны и цитокины как адаптогены при воздействии на организм неблагоприятных факторов внешней среды // *Авиакосмическая и экологическая медицина*. 1999. Т. 33. № 6. С. 48—52.

УДК 616
ББК 57

К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОМ КРИТЕРИИ НЕВМЕНЯЕМОСТИ

М.Г. СПАСЕННИКОВА,
кандидат медицинских наук,
доцент, научный сотрудник
Института управления.
E-mail: mspasennikova@gmail.com

Аннотация. Дается уголовно-правовая характеристика психических расстройств.

Ключевые слова: уголовное право, психические расстройства, невменяемость.

ON THE ISSUE OF MEDICAL CRITERIA OF INSANITY

M.G. SPASENNIKOVA,
PhD, Associate Professor, Researcher,
The Institute of Management

Annotation. Article is devoted to criminal law characteristic of mental disorders.

Keywords: criminal law, mental disorders, insanity.

Моноюридическая разработка проблем уголовно-правового значения психических расстройств неэффективна, поскольку при этом не учитываются закономерности психического «бытия». Без межотраслевого анализа, требующего, в свою очередь, системно-методологической и содержательной разработки целостной концепции уголовно-правового значения психических расстройств, сложно обеспечить реализацию уголовного законодательства в соответствии с современными требованиями развития общества, его основными ценностями.

Создание целостной концепции уголовно-правового значения психических расстройств — одна из наиболее актуальных и далеко не решенных проблем правовой науки и юридической практики. Ее значимость обусловлена потребностями судебной и пенитенциарной практики в комплексном подходе к обобщающему изучению способов предупреждения посягательств на общественные отношения, находящиеся под защитой уголовного закона; многообразием этиологических факторов и патогенетических механизмов общественно опасного поведения, вариантами их многовекторного сочетания и взаимодействия.

Объектами нашего исследования были как сами лица, страдающие психическими расстройствами, так и данные о состоянии их психической сферы, полученные из различных процессуальных источников. В качестве таковых использовались материалы уголовных дел, которые раскрывают ситуацию криминального поведения, условия и факторы, влияющие на поступки лиц с психическими расстройствами, а также показания свидетелей, потерпевших и соучастников, акты судебно-психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз, истории болезни, амбулаторные карты, личные дела осужденных.

Долгое время к психическим расстройствам относили лишь те, при которых обнаруживалось выраженное расстройство отражения реального мира и существенная дезорганизация поведения. На языке римского права их называли *mentis alienato* (безумие, сумасшествие). В ст. 21 УК РФ они именуется «хроническими психическими расстройствами, временными психическими расстройствами». К психическим расстройствам в современном их понимании относятся и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения. На языке римского права их называют *mentis aberratio* (отклонение психической деятельности от нормы). В ст. 21 УК РФ они именуется

«иными болезненными состояниями психики». Иначе говоря, рамки нарушений психики, приводящим к расстройствам адаптации, изменениям привычных форм поведения и осознания действительности, значительно шире, чем понятие «психическая болезнь», поэтому уголовное право верно избегает термина «психическая болезнь».

В действующем уголовном законе используется понятие «психическое расстройство». По нашему мнению, психическое расстройство — нарушение функции головного мозга, при котором возникает нарушение точного отражения головным мозгом реального мира с соответствующей дезорганизацией поведения, противоречащего реальным отношениям, но часто протекающее без «включения» качественного состояния, именуемого процессом выздоровления. Это более широкое понятие, нежели понятие «психическая болезнь». Психические болезни проявляются главным образом в познавательной (когнитивной) области, без сколько-нибудь значительных отклонений в эмоциональной сфере. Психические расстройства сопровождаются нарушениями в познавательной и эмоциональной сферах. Психическое расстройство включает и психическую болезнь. Психическая болезнь — более узкое понятие, не выходящее за пределы психического расстройства.

В ст. 20 и 22 УК РФ используется понятие «психическое расстройство», а ст. 21 УК РФ — «хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие, иные болезненные состояния психики». Е.И. Цымбал задается вопросом: «Один и тот же или разный круг психических нарушений имеет в виду законодатель в ст. 20, 21 и 22 УК? Если перечень психических нарушений, влекущих за собой невменяемость, шире, то какие из этих нарушений не входят в диспозицию ст. 20 и 22 УК? Одинаковый ли перечень психических нарушений понимает законодатель под «психическим расстройством», используя этот термин в статьях 20 и 22 УК?»¹. На наш взгляд, перечень психических расстройств, названный в ст. 20—22 УК РФ, один и тот же.

Законодатель не дает перечней диагнозов, которыми охватываются понятия «хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие, иное болезненное состояние психики». Вместе с тем применение этих терминов, на наш взгляд, противоречит Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее ока-

зании»². Согласно ст. 10 этого Закона название психического расстройства формулируется в соответствии с общепринятыми международными стандартами, одним из которых является раздел «Психические расстройства и расстройства поведения» Международной классификации болезней (10-го пересмотра). В этом разделе отсутствуют термины, используемые в ст. 21 УК РФ. В ст. 20—22 УК РФ, по нашему мнению, следует использовать единый термин «психическое расстройство», понимая под ним психическое расстройство, включенное в одну из рубрик Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Различие правовых последствий должно определяться не видом психического расстройства, а тем, в какой мере оно нарушало способность лица к осознанно-волевому поведению во время совершения инкриминируемого ему деяния.

Медицинский критерий невменяемости — это наличие у лица хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

По мнению Л.И. Беляевой, к хроническим психическим расстройствам относятся трудноизлечимые болезни затяжного характера, связанные с периодическим или постоянным нарастанием болезненных процессов и не поддающиеся полному излечению³. Г.Н. Борзенков считал, что понятием «хроническое психическое расстройство» охватывается группа заболеваний, носящих длительный характер, трудно поддающихся излечению, протекающих непрерывно или приступообразно, имеющих тенденцию к прогрессированию⁴. Л.Л. Кругликов указывает на то, что к хроническим психическим расстройствам, предусмотренным ст. 21 УК РФ, относятся такие заболевания психики, которые имеют длительный, затяжной характер со стадиями прогрессирования и ослабления болезни (ремиссии)⁵. Сотрудники МГЮА указывают на то, что хронические психические расстройства являются следствием неизлечимых и трудноизлечимых душевных болезней, носящих длительный характер и

¹ Цымбал Е.И. Возрастная невменяемость: теория и практика применения // Уголовное право. 2000. № 3. С. 45.

² Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. 1992. № 33. Ст. 1913. С. 2470—2489.

³ Уголовное право России. Общая и Особенная части. М., 2000. С. 154.

⁴ Курс уголовного права. Общая часть. Т. 1. М., 2002. С. 280.

⁵ Комментарий к УК РФ. Ростов н/Д., 1996. С. 84.

имеющих тенденцию к прогрессированию, т.е. к нарастанию болезненных явлений⁶. Позже они же пишут, что хронические психические расстройства являются следствием «неизлечимых и трудноизлечимых заболеваний психики человека. Эти заболевания носят длительный характер и имеют тенденцию к прогрессированию, т.е. к нарастанию болезненных явлений»⁷. По мнению С.В. Максимова, к хроническим психическим заболеваниям относятся стойкие, длительно развивающиеся неизлечимые или трудно поддающиеся лечению расстройства душевной деятельности⁸. Указанные авторы используют понятия «заболевание», «болезнь», хотя они отсутствуют в уголовном законе. Полагаем, что ошибочным является отнесение к хроническим психическим расстройствам паранойи, так как это признак психического расстройства. В.Г. Павлов определяет хроническое психическое расстройство как заболевание психики человека, которое носит продолжительный характер и практически неизлечимо⁹. По мнению А.В. Наумова, хронические психические расстройства — это хроническая душевная болезнь, т.е. длительно протекающее расстройство психики. Иногда они могут протекать и приступообразно (т.е. с улучшением или ухудшением психического состояния), однако способны оставлять после себя стойкий психический дефект¹⁰.

На наш взгляд, к хроническим психическим расстройствам относятся непрерывно или приступообразно протекающие психические расстройства, имеющие тенденцию к прогрессированию и приводящие к глубоким и стойким личностным изменениям (например, шизофрения и др.).

Временные психические расстройства в судебной практике встречаются существенно реже, чем хронические.

Сотрудники МГЮА к временным психическим расстройствам относят расстройства психики человека, протекающие относительно скоротечно и заканчивающиеся излечением¹¹. По мнению Г.Н. Борзенкова, к временному расстройству психики, предусмотренному ст. 21 УК РФ, относятся психические заболевания, которые быстро развиваются, длятся непродолжительное время и заканчиваются полным выздоровлением¹². Л.Л. Кругликов пишет, что временные психические расстройства — «заболевания, носящие кратковременный характер; они внезапно возникают и сравнительно быстро прекращаются»¹³.

Л.И. Беляева к «временным расстройствам душевной деятельности» (данная терминология не используется в отечественном уголовном законодательстве. — прим. автора) относит психическое заболевание, протекающее относительно недолго и заканчивающееся выздоровлением больного¹⁴. По мнению С.В. Максимова, к временным психическим расстройствам относятся нестойкие, быстро развивающиеся, излечимые психические болезни¹⁵. А.В. Наумов пишет, что временное психическое расстройство — это также психическое заболевание, но продолжающиеся тот или иной срок (относительно быстро) и заканчивающиеся выздоровлением¹⁶. По мнению С.А. Огурцова, временное психическое расстройство характеризуется динамизмом протекания, как правило, сопровождается выраженными нарушениями сознания, ориентировки, продуктивными психопатологическими состояниями в виде иллюзий, галлюцинаций и бредовой трактовки окружающего. Эти состояния мимолетны и получили в медицине название транзитивных. В момент их развития человек отличается высокой степенью общественной опасности¹⁷.

К временным психическим расстройствам, по нашему мнению, относятся преходящие, обратимые, заканчивающиеся улучшением, вплоть до полного выздоровления, психические расстройства (например, алкогольный психоз в форме делирия).

В ряде трудов по Общей части уголовного права к слабоумию относят различные формы упадка психической деятельности с поражением интеллекта человека и необратимыми изменениями личности. По

⁶ Уголовное право Российской Федерации. Общая часть / Под ред. Б.В. Здравомыслова. М., 2001. С. 198.

⁷ Уголовное право Российской Федерации. Общая часть / Под ред. А.И. Рарога. М., 2001. С. 195.

⁸ Уголовное право. Общая часть / Под общ. ред. Л.Д. Гаухмана и С.В. Максимова. М., 2003. С. 92.

⁹ Энциклопедия уголовного права / Под общ. ред. В.Б. Малягина. Т. 4. СПб., 2005. С. 552.

¹⁰ Наумов А.В. Российское уголовное право. Общая часть. М., 2000. С. 210.

¹¹ Уголовное право Российской Федерации. Общая часть / Под ред. А.И. Рарога. М., 2001. С. 195.

¹² Курс уголовного права. Общая часть. Т. 1. М., 2002. С. 281.

¹³ Комментарий к УК РФ. Ростов н/Д., 1996. С. 84.

¹⁴ Уголовное право России. Общая и Особенная части. М., 2000. С. 154.

¹⁵ Уголовное право. Общая часть / Под общ. ред. Л.Д. Гаухмана и С.В. Максимова. М., 2003. С. 92.

¹⁶ Наумов А.В. Российское уголовное право. Общая часть: Курс лекций. М., 2000. С. 210.

¹⁷ Огурцов С.А. Концептуальные подходы к понятию невменяемости в международном уголовном праве. // Библиотека криминалиста. 2013. № 2. С. 356—361.

мнению авторов этих трудов, слабоумие заключается в значительном понижении умственных способностей, оно носит постоянный характер и является врожденным или приобретенным в первый год жизни в результате перенесенных тяжелых неврологических заболеваний¹⁸. Сложно согласиться с тем, что внутриутробно «переносятся тяжелые неврологические заболевания», а также с тем, что широко распространенное старческое слабоумие является результатом внутриутробного тяжелого неврологического заболевания. Г.Н. Борзенков полагал, что слабоумие, предусмотренное ст. 21 УК РФ, — болезненное состояние психики, которое характеризуется неполноценностью умственной деятельности¹⁹. На наш взгляд, слабоумие не всегда является «болезненным состоянием», так как зачастую отсутствуют доболезненное и послеболезненное состояния. Л.Л. Кругликов считает, что «слабоумие (врожденное или приобретенное) характеризуется недоразвитием или ослаблением умственных способностей в итоге различного рода психических аномалий... практически половину невменяемых в России ныне составляют страдающие слабоумием»²⁰. С.В. Максимов указывает на то, что слабоумие характеризуется неполноценностью умственной деятельности²¹. А.В. Наумов полагает, что слабоумие — различного рода снижение или полный упадок психической деятельности, связанные с поражением интеллектуальных способностей человека. Слабоумие связано с понижением или потерей умственных способностей лица и является врожденным либо приобретенным в результате того или иного прогрессирующего психического заболевания²².

По нашему мнению, к слабоумию относятся состояния умственного недоразвития или упадка психической деятельности, связанные с повреждением мозга генетическими, травматическими, интоксикационными и иными вредностями, сопровождающиеся поражением интеллекта, в первую очередь уровня суждений и критики, необратимыми изменениями личности, выраженным снижением или невозможностью социального приспособления. По степени поражения умственной деятельности различаются три формы слабоумия: легкая (дебильность), средняя (имбецильность) и тяжелая (идиотия).

На наш взгляд, В.Г. Павлов ошибочно полагает, что болезненные состояния психики сопровождаются различными временными нарушениями пси-

хики, но по своим психопатологическим признакам и свойствам, в зависимости от протекания болезни, могут быть приравнены к ним²³. Острые галлюцинаторные, бредовые состояния, вызванные инфекцией, иным этиопатогенетическим фактором относятся к временным психическим расстройствам. А.В. Наумов пишет, что болезненное состояние психики — это те болезненные явления, которые не являются психическими заболеваниями в «тесном» смысле этого понятия, но, тем не менее, также сопровождаются нарушениями психики. На наш взгляд, сотрудники МГЮА к «болезненным состояниям психики» неверно относят временные расстройства психики: острые галлюцинаторные бредовые состояния, вызванные инфекцией (при брюшном и сыпном тифе или при острых (химических) отравлениях), тяжелыми травмами головы, при опухолях мозга, при наркомании, при лунализме²⁴. Неверное отнесение к «иным болезненным состояниям психики» острых бредовых и галлюцинаторных состояний, которые могут быть вызваны опасными инфекциями, отравлениями или тяжелыми травмами, встречается и в трудах других авторов²⁵.

К болезненным состояниям психики подчас относят «психофизиологические особенности и психо-генетические аномалии»²⁶, «психические аномалии». Н.Г. Иванов под «психическими аномалиями» понимает «все те психические процессы, которые характеризуются дисбалансом сил возбуждения и торможения» (вероятно, подразумеваются процессы возбуждения и торможения в центральной нервной системе, а не «силы». — прим. автора)²⁷. Далее, Н.Г. Иванов указывает на то, что «аномалия представляет такое отклонение от этой величины (вероятно,

¹⁸ Уголовное право Российской Федерации. Общая часть / Под ред. Б.В. Здравомыслова. М., 2001. С. 198.

¹⁹ Курс уголовного права. Общая часть. Т. 1. М., 2002. С. 281.

²⁰ Комментарий к УК РФ. Ростов н/Д., 1996. С. 84.

²¹ Уголовное право. Общая часть / Под общ. ред. Л.Д. Гаухмана и С.В. Максимова. М., 2003. С. 92.

²² Наумов А.В. Российское уголовное право. Общая часть. М., 2000. С. 210.

²³ Энциклопедия уголовного права / Под общ. ред. В.Б. Ма-линина. Т. 4. СПб., 2005. С. 559.

²⁴ Уголовное право Российской Федерации. Общая часть / Под ред. Б.В. Здравомыслова. М., 2001. С. 199.

²⁵ Уголовное право России. Общая и Особенная части. М., 2000. С. 154.

²⁶ Михеев Р.И. Уголовная ответственность лиц с психофизиологическими особенностями и психогенетическими аномалиями: Учеб. пособие. Хабаровск, 1989.

²⁷ Иванов Н.Г. Аномальный субъект преступления. М., 1998. С. 20.

нормы — прим. автора), которое способно нарушить баланс, но не переходящее границы патологии». Ошибочным является отнесение к «психическим аномалиям» эпилептического припадка, физиологического и патологического аффектов и многих иных состояний, заведомо находящихся в границах очевидной «патологии» либо, напротив физиологической нормы. В УК РФ не используются понятия «психофизиологические особенности и психогенетические аномалии», «психические аномалии», а психическое здоровье не может быть «полным» или «частичным». Психическое здоровье у лица либо есть, либо его нет. На наш взгляд, коллеги, увлекаясь придумыванием новых терминов, забывают, что «психические аномалии» не подлежат принудительному психиатрическому лечению, предусмотренному ст. 21, 22 УК РФ.

На наш взгляд, ошибочным является то утверждение, что к этим психическим расстройствам «следует отнести холерический и меланхолический типы нервной системы»²⁸. Холерический, меланхолический и иной темперамент не являются психическими расстройствами.

Итак, к болезненным состояниям психики, по нашему мнению, относятся психические расстройства, которые не имеют процессуальной (в психиатрическом понимании этого термина) основы (психопатии, психопатизация личности, неврозы, невротические синдромы, астенические состояния и др.).

К сожалению, работники следствия и суда переоценивают возможности экспертов, отсутствует критический подход к этим заключениям. Акт судебно-психиатрической экспертизы подлежит оценке судом²⁹. Зачастую следствие не обязывает экспертов анализировать способность субъекта к осознанно-волевой регуляции поведения в отношении инкриминируемого ему деяния. В решении суда состояние невменяемости часто не связывается со временем совершения деяния, запрещенного уголовным законом.

Базовым в решении о признании лица невменяемым должно служить понимание того обстоятельства, что наличие (или отсутствие) у субъекта психического расстройства (например, шизофрении, олигофрении, расстройства личности и др.) не может определять судебное решение о его невменяемости. Главное — установить влияние этого психического расстройства на осознанно-волевую регуляцию поведения в уголовно-значимой ситуации, на осознание субъектом фактического содержания и социальной значимости (запретности) избранного варианта поведения и руководства им. «Заключение экспертов, как и любое другое доказательство, не имеет заранее установленной силы и судом должно оцениваться в совокупности с иными материалами дела»³⁰. Это отвечает букве и духу закона.

Приходится отмечать, что возможности достоверного прослеживания динамики психических расстройств у лиц, ими страдающих, за последние годы сократились. Таким образом, увеличиваются роль и значение изучения психического состояния подсудимого в уголовном процессе. «Психическое состояние К. в судебном заседании не исследовалось, суд ограничился лишь оглашением актов стационарных комплексных психолого-психиатрических экспертиз <...> При новом рассмотрении суду предложено более тщательно исследовать психическое состояние К. с участием в судебном заседании экспертов-психиатров, а в случае необходимости назначить повторную психолого-психиатрическую экспертизу»³¹.

²⁸ Уголовное право Российской Федерации / Под ред. Л.В. Иногамовой-Хегай. Т. 1. М., 2002. С. 154.

²⁹ Обзор кассационной практики Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации за 2001 г. // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2002. № 9. С. 19.

³⁰ Определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации от 30 декабря 1997 г. // Бюллетень Верховного Суда РФ. 1998. № 8. С. 7.

³¹ Обзор кассационной практики Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации за 2001 г. // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2002. № 9. С. 19.

УДК 616
ББК 57

НЕВРАСТЕНИЯ И ПРЕСТУПНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Б.А. СПАСОВИЧ,

доктор медицинских наук, профессор,
ведущий научный сотрудник
Института гуманитарных технологий.
E-mail: spasovichba@gmail.com

Аннотация. Исследована роль неврастения в преступном поведении. Показано, что неврастения не играет существенную роль в механизме преступного поведения, что противоречит ранее опубликованным данным. Сделан вывод, что осужденные, страдающие неврастением, не нуждаются в назначении амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра, соединенного с исполнением наказания.

Ключевые слова: неврастения, клиническая криминология, принудительные меры медицинского характера, осужденный.

NEURASTHENIA AND CRIMINAL BEHAVIOR

B.A. SPASOVICH,

MD, Professor,
Leading Researcher of the Institute
of Humanitarian Technologies

Annotation. The paper studies the role of neurasthenia in criminal behavior. It is shown that neurasthenia does not play a significant role in the mechanism criminal behavior that is contrary to previously published data. It is concluded that the convicts suffering from neurasthenia, no need for compulsory psychiatric treatment, coupled with the execution of punishment.

Keywords: neurasthenia, clinical criminology, compulsory medical measures, condemned.

По мнению автора, продолжение поиска путей повышения эффективности способов ресоциализации осужденных, оказания психотерапевтической помощи, направленной на снижение рецидива, — одна из наиболее важных задач медицинской и юридической наук. Значимость исследуемой проблемы связана с распространенностью нервно-психических расстройств у осужденных, а также высоким уровнем рецидивной преступности, лиц, страдающих пограничными психическими расстройствами¹; потребностями науки и практики в междисциплинарном подходе к изучению способов предупреждения посягательств на правоотношения, находящиеся под уголовно-правовой защитой².

Многообразие этиологических факторов и патогенетических механизмов общественно опасного поведения, варианты их различного сочетания, обуславливают широкий методологический спектр подходов к созданию концептуально-теоретических основ ресоциализации осужденных³.

Выработка целостной концепции ресоциализации осужденных, профилактики криминального поведения связана с решением ряда вопросов, имеющих самостоятельное значение для медицинской и юридической наук⁴. Среди них — распространенность пограничных психических расстройств у осужденных; влияние нервно-психической патологии на поведение, признаваемое общественно опасным; освобождение от наказания в связи с психическим заболеванием⁵; эффективность ресоциализации осужденных на фоне психофармакотерапии; повышение эффективности предупреждения преступлений и общественно опасных деяний, совершаемых лицами, страдающими пограничными психическими расстройствами⁶, и многие другие.

¹ Тихомиров А.Н. Комментарий к ст. 22 Уголовного кодекса Российской Федерации // Вестник международного Института управления. 2014. № 3-4 (127-128). С. 38—40.

² Спасенников Б.А., Спасенников С.Б. Вопросы истории уголовной ответственности лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения // Вестник международного института управления. 2010. № 11-12. С. 26—33.

³ Спасенников Б.А. Эффект Даннинга-Крюгера и криминальное поведение // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 1. № 36. С. 216—218.

⁴ Тихомиров А.Н. Комментарий к ст. 21 Уголовного кодекса Российской Федерации (доктринальное толкование) // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 1-2 (41-42). С. 44—47.

⁵ Спасенников Б.А., Копыткин С.А. О проблемах судебно-психиатрической экспертизы в судебно-следственной практике // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2016. № 3 (35). С. 13—17.

⁶ Спасенников Б.А. Уголовно-правовое значение психических расстройств // Медицинское право. 2015. № 2. С. 49—55.

Эти проблемы, к сожалению, недостаточно исследованы: одни остаются дискуссионными в научной медицинской и юридической среде, другие — лишь обозначены, третьи получили в научной литературе неточную трактовку⁷. Они имеют клинические, криминологические, а также иные межотраслевые аспекты⁸.

Можно выделить несколько основных причин, указывающих на актуальность рассматриваемой проблемы ресоциализации осужденных, страдающих пограничными психическими расстройствами. Во-первых, увеличивается количество лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и страдающих нервно-психическими расстройствами, которые определяют сниженную способность прогнозировать последствия своих действий или осознанно руководить ими⁹. Во-вторых, в учреждениях ФСИН России находится большое количество лиц, страдающих пограничными психическими расстройствами¹⁰. В-третьих, сохраняется высокая распространенность повторного совершения преступлений лицами, страдающими нервно-психическими расстройствами¹¹.

Цели наказания, предусмотренные действующим уголовным и уголовно-исполнительным законодательством, вероятно, не будут достигнуты, если средства достижения этих целей не будут учитывать всех значимых сторон осужденного, характеризующих его во время исполнения наказания¹², в том числе его нервно-психическое здоровье¹³. Без межотраслевого медицинского и юридического анализа, требующего, в свою очередь, системно-методологической и содержательной разработки целостной концепции ресоциализации осужденных, нельзя обеспечить реализацию отечественного законодательства в соответствии с требованиями развития современного общества, его основными ценностями¹⁴.

Цель нашего исследования — клинический анализ осужденных мужчин, страдающих неврастений. Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской программы, имеющей цель разработки концептуально-теоретических основ исполнения наказания, соединенного с принудительными мерами медицинского характера, что имеет фундаментальное значение в реализации принципа законности, а также оптимизации профилактики общественно опасных деяний и преступности на теоретическом и правоприменительном уровнях.

«Неврастения (нервная слабость) в качестве самостоятельной нозологической формы была выде-

лена в 1880 г. американским врачом Г. Бирдом, усматривавшим основную причину заболевания в «американском образе жизни» (напряженной борьбе за существование), приводившем к истощению нервной системы»¹⁵.

По мнению Б.Д. Карвасарского, невроз — психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений¹⁶.

Б.А. Спасенников относит неврастению к неврозам, т.е. психическим расстройствам, не исключаям вменяемости¹⁷.

Сформированный массив наблюдений составляет 250 обследований мужчин в возрасте от 35 до 55 лет.

В первую (контрольную) группу входили лица, которые не привлекались к уголовной ответственности (200 человек).

Во вторую (основную) группу входили лица, осужденные за преступления различной степени тяжести (50 человек). Никто из обследованных лиц этой группы ранее на учете в психоневрологическом дис-

⁷ Швырев Б.А. Проблемы прекращения принудительного психиатрического лечения // Актуальные вопросы образования и науки. 2015. № 1-2 (47-48). С. 89—94.

⁸ Спасенников Б.А. Расстройства личности у осужденных в уголовно-исполнительной практике // Вестник Кузбасского института. 2015. № 1 (22). С. 25—32.

⁹ Спасенников Б.А. Психологическая помощь как средство исправления осужденных // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2015. № 2 (30). С. 70—71.

¹⁰ Швырев Б.А. Цели принудительных мер медицинского характера // Вестник международного Института управления. 2014. № 5-6 (129-130). С. 54—59.

¹¹ Спасенников Б.А. Продление, изменение и прекращение принудительных мер медицинского характера в судебной практике // Российский судья. 2012. № 1. С. 9—12.

¹² Спасенников Б.А. Проблемы законности продления, изменения и прекращения применения принудительных мер медицинского характера // Вестник Академии Генеральной прокуратуры Российской Федерации. 2015. Т. 49. № 5. С. 15—19.

¹³ Швырев Б.А., Белоус В.Г., Кудряшов О.В. Психические расстройства и уголовная ответственность в иностранном уголовном законодательстве // Актуальные вопросы образования и науки. 2015. № 5-6 (51-52). С. 65—73.

¹⁴ Спасенников Б.А. Принудительное психиатрическое лечение социопатических расстройств, соединенное с исполнением наказания // Вестник Кузбасского института. 2015. № 3 (24). С. 115—120.

¹⁵ Свядощ А.М. Неврозы и их лечение. М., 1959.

¹⁶ Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1980.

¹⁷ Спасенников Б.А. О значении неврастении в преступном поведении // Трудный пациент. 2015. Т. 13. № 3. С. 41—45.

пансере не состоял; в период следствия и суда им не назначалась судебно-психиатрическая экспертиза.

Из 250 обследованных двух групп выявлено 20 лиц, страдающих неврастений.

Больные отмечали повышенную возбудимость и легкую истошаемость. Индифферентный раздражитель вызывал раздражительность, вспыльчивость, конфликты с окружающими, о чем впоследствии больные сожалели. Эмоциональные реакции (печаль, радость) становились кратковременными, что согласуется с данными других авторов¹⁸.

Обследованные жаловались на снижение трудоспособности, повышение утомляемости, отсутствие чувства бодрости. Подчас они жаловались, что в столовой «устают есть», «нет сил дотащить себя от столовой до отряда».

Их беспокоила головная боль лобно-височной локализации сжимающего характера («обруч неврастеника¹⁹»), тяжесть или шум в голове, «стук в висках».

Засыпание зачастую затруднено, сон поверхностный, с частыми пробуждениями. Утром они не чувствовали бодрости. Напротив, после сна чувствовали себя разбитыми, отказывались выходить на работу. Это описывают и другие авторы²⁰.

Длительное напряжение памяти, внимания становилось для них трудным; ухудшалась память²¹.

Часто они отмечали, что «болит все», появлялись неприятные ощущения в голове, животе. При длительном течении заболевания появлялись ипохондрические мысли («Мне до воли не дожить»)²². Они становились слезливы, что не было им свойственно до заболевания.

После долговременных свиданий осужденные отмечали, что у них возникало ускоренное наступление эякуляции²³, что приносило еще один ипохондрический элемент²⁴.

У осужденных, страдающих неврастений, выявлялись недостатки внимания, прогнозирования своих и чужих действий²⁵. Эти особенности и обуславливали совершение ими преступлений неосторожной формы вины, за которые они были осуждены. При этом больной не был полностью лишен возможности саморегуляции своего поведения²⁶.

Продолжительность заболевания была менее пяти лет. У осужденных она развивалась до начала исполнения наказания, которое всегда способствовало декомпенсации неврастений за счет дополнительных психотравмирующих ситуаций²⁷.

Причиной развития неврастений у обследованных больных всегда была психическая травма²⁸. Часто она заключалась в семейно-бытовых проблемах (алкоголизме и (или) измене супруги, ее уходе из дома, семьи, разводе с последующим разделом наследства, тревоге за своих детей, которые остались с пьянствующей супругой, отсутствии постоянного жилья, неудовлетворительных жилищных условиях); тяжелой болезни или смерти близких; уничтожении или повреждении имущества в результате действий третьих лиц, пожара; угрозе материальному благополучию семьи; уголовном преследовании близких; исполнении производств в результате, по мнению больного, несправедливого решения суда; необоснованном переводе на нижеоплачиваемую должность, необоснованном или противоправном увольнении, закрытии (банкротстве) предприятия, невостребованности больного на рынке труда; крахе юношеских надежд; наступившей нищете; бедности; финансовой, сексуальной или иной зависимости; преступном посягательстве на жизнь, здоровье, собственность больного или его близких. Эти этиологические факторы описаны и другими авторами²⁹.

¹⁸ Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегето-сосудистая дистония. М., 1981.

¹⁹ Швырев Б.А., Болбат Н.А., Кудряшов О.В., Дивитаева О.А. Синдром нетерпения и криминальное поведение // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 4 (20). С. 18—20.

²⁰ Спасенников Б.А. Префронтальная кора головного мозга и криминальное поведение // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 1. № 36. С. 213—216.

²¹ Спасенников Б.А. Общественно опасные деяния больных психическими расстройствами // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2012. № 4 (20). С. 8—11.

²² Пономарев С.Б., Пустовалов А.Р. Рецензия на монографию Б.А. Спасенникова, С.Б. Спасенникова «Уголовно-правовое значение состояния опьянения» // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 1-2. С. 106—108.

²³ Спасенников Б.А. Принудительное лечение психических расстройств (историко-медицинский аспект) // Актуальные вопросы образования и науки. 2016. № 1-2 (53-54). С. 37—43.

²⁴ Спасенников Б.А. Медико-правовые аспекты невменяемости в иностранном законодательстве // Медицинское право. 2015. № 6. С. 26—31.

²⁵ Коллакова А.О. Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания // Вестник международного Института управления. 2014. № 1-2 (125-126). С. 58—61.

²⁶ Спасенников Б.А. Лечебно-диагностическая тактика при расстройствах личности в практике пенитенциарной медицины // Российский медицинский журнал. 2015. Т. 21. № 6. С. 33—36.

²⁷ Спасенников Б.А. Клинико-криминологический анализ расстройств личности у осужденных // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2014. № 2. С. 33—40.

²⁸ Кожин Г.В. Основания применения принудительных мер медицинского характера (комментарий статьи 97 Уголовного кодекса Российской Федерации) // Вестник международного Института управления. 2014. № 1-2 (125-126). С. 54—57.

²⁹ Вилкова А.В., Спасенников Б.А. О судебной оценке состояния опьянения // Российский судья. 2015. № 1. С. 27—30.

Неврастения развивалась в результате либо однократной сверхсильной психической травмы³⁰ (одномоментной гибели в дорожно-транспортном происшествии жены и двоих детей) или неоднократных подпороговых психических травм³¹ (переживания последствий причинения тяжкого вреда здоровью сыну в дорожно-транспортном происшествии, совершенном пьяным водителем; наркозависимости супруги). Неврастения возникла сразу после психической травмы или спустя некоторое время (запоздалое развитие³²).

Особо неблагоприятным было сочетание нескольких психотравмирующих факторов (алкоголизации супруги, ее измены с собутыльниками, безразличия матери к своим детям, жестокости по отношению к ним в состоянии алкогольного опьянения, продаже пьянствующей супругой вещей из дома).

Предрасполагающим фактором для развития неврастении были ослабляющие организм факторы: 10-часовой рабочий день, снижение качества жизни с однообразным питанием (картошка, хлеб, чай), недосыпание, острые респираторные инфекции и интоксикации.

На наш взгляд, неврастения может возникать лишь на генетически подготовленной основе и предрасполагающих условиях, формирующихся на протяжении всей жизни. Социализация человека, его жизненный опыт, взгляды, идеалы, образование, могут уменьшать или усиливать тяжесть психической травмы³³.

В неврологическом статусе у больных неврастение выявлено оживление сухожильных и периостальных рефлексов, повышенная потливость, легкое возникновение покраснения лица, дрожание век, учащение сердцебиений, тремор пальцев вытянутых рук. Патология VII и XII пар черепно-мозговых нервов³⁴ встречалась соответственно в 8 и 10% случаев. Патологические рефлексы³⁵ на верхних конечностях обнаружены у 7% больных, страдающих неврастенией.

У всех осужденных, страдающих неврастенией, имелась сопутствующая желудочно-кишечная³⁶ или сердечно-сосудистая патология³⁷; регистрировались колебания систолического АД.

По данным миннесотского многопрофильного теста исследования личности³⁸ (MMPI) отмечалось повышение его профиля.

При полиграфическом исследовании (ЭЭГ, ЭКГ, КГР) у лиц, страдающих неврастенией, выявлялась

десинхронизация ЭЭГ с преобладанием бета-активности в 64% случаев, ослабление реакции активации, появление полиморфных медленных волн, что свидетельствовало о нарушениях биоэлектрической активности головного мозга. Существенно увеличивался размах КГР. Регистрировалась тахикардия на ЭКГ.

На наш взгляд, неврастения — нарушение физиологической деятельности головного мозга, обеспечивающего приспособление организма человека к условиям внешней среды. При этом больной не лишен полностью возможности сознательности и произвольности поведения; его способность осознавать свои действия или руководить ими не утрачена полностью, но по сравнению с психически здоровым человеком существенно уменьшена.

Лишение свободы (пенитенциарный синдром) способствовало декомпенсации неврастении.

В первой (контрольной) группе выявлено 18 больных (9%), страдающих неврастенией.

Во второй (основной) группе выявлено только двое больных (4%), страдающих этим заболеванием, т.е. неврастения среди осужденных обнаружена в 2,25 реже, нежели в контрольной группе лиц. Полученные результаты противоречат ранее опубликованным данным о том, что неврозы (например, неврастения) могут играть важную роль в преступном пове-

³⁰ Спасенников Б.А. К вопросу о вменяемости подсудимого // Российский судья. 2013. № 4. С. 19—22.

³¹ Бычкова А.М. Рецензия на работу «Психические расстройства и их уголовно-правовое, криминологическое, уголовно-исполнительное значение (история, теория, уголовно-правовое регулирование, практика)» докт. юрид. наук, докт. мед. наук, проф. Б.А. Спасенникова // Актуальные вопросы образования и науки. 2012. № 5-6 (33-34). С. 149, 150.

³² Белоус В.Г., Голодов П.В., Спасенников Б.А. Актуальные проблемы юридической психологии // Вестник международного Института управления. 2015. № 1-2 (131-132). С. 26—32.

³³ Спасенников Б.А. К вопросу о целях принудительных мер медицинского характера // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2012. № 17. С. 12—16.

³⁴ Спасенников Б.А. Клинико-криминологический анализ неврастении у осужденных // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2014. № 4. С. 31—37.

³⁵ Белоус В.Г., Дивитаева О.А. О научной школе медицинского права НОУ ВПО «Институт управления» // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 2 (18). С. 11—16.

³⁶ Белоус В.Г. Критический анализ научных публикаций, посвященных проблеме невменяемости // Актуальные вопросы образования и науки. 2013. № 5-6. С. 109.

³⁷ Спасенников Б.А. Прецентральная кора, миндалины, гиппокамп и преступное поведение: научная гипотеза // Nova-Info.Ru. 2015. Т. 1. № 36. С. 220—222.

³⁸ Агеева М.П. Виды принудительных мер медицинского характера (комментарий ст. 99 Уголовного кодекса Российской Федерации) // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 3-4 (43-44). С. 49—51.

дении. Отметим, что ранее мы также были сторонниками этой ошибочной позиции. Можно сделать вывод, что неврастения не играет важную роль в патогенезе преступного поведения. Осужденные, страдающие неврастениями, совершили преступление с неосторожной формой вины. В ходе судебного заседания они признали свою вину, раскаивались в содеянном.

Нужно уточнить, что жалобы невротического спектра, помимо больных, страдающих неврастениями, предъявляли больные, страдающие расстройством личности. В контрольной группе выявлено 1% лиц, страдающих диссоциальным расстройством личности, 7% — эмоционально неустойчивым расстройством личности, 3% — расстройством личности параноидного типа, 1% — эпилептоидным расстройством личности, 0,5% — шизоидным расстройством личности, 3% — истерическим расстройством личности. Среди осужденных выявлено 36% лиц, страдающих диссоциальным расстройством личности, 24% — эмоционально неустойчивым расстройством личности, 10% — параноидным расстройством личности, 8% — эпилептоидным расстройством личности, 6% — шизоидным расстройством личности, 2% — истерическим расстройством личности. Во второй (основной) группе обследованных количество лиц, страдающих расстройством личности было в 5,5 раз больше, чем в первой (контрольной) группе, что указывает на большое число расстройств личности у осужденных и соответствует опубликованным ранее результатам.

Если у больных неврастениями выявляется парциальность нарушений с сохраняющимся критическим отношением к болезни, то при психопатии страдает вся личность, осознание же болезни отсутствует.

Клинический анализ осужденных показывает, что лица, страдающие неврастениями, т.е. психическим рас-

стройством, не исключают способности быть субъектом отбытия наказания, до развития невроза отличались сензитивностью, что препятствовало умышленному преступному поведению.

Согласно ч. 2 ст. 18 Уголовно-исполнительного кодекса России, если во время отбывания лишения свободы будет установлено, что осужденный страдает психическим расстройством, не исключаяющим вменяемости, которое связано с гетеро- или аутоагрессией, администрация учреждения, исполняющего наказание, может направить в суд представление о применении к такому осужденному принудительного психиатрического лечения, соединенного с исполнением наказания.

Неврастения не играет существенной роли в патогенезе криминального поведения. Это психическое расстройство не влечет за собой ауто- или гетероагрессию. Поэтому осужденные, страдающие неврастениями, не нуждаются в назначении принудительного амбулаторного лечения у психиатра, соединенного с исполнением наказания. Добровольное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра, включающее применение анксиолитиков в целях уменьшения выраженности психических расстройств, витаминотерапии, может улучшить их психическое состояние, будет способствовать появлению условий для достижения целей наказания. Помимо медикаментозной терапии, всем обследованным показано психотерапевтическое воздействие, которое должно оказываться психиатром или психологом ФСИН России.

Неврастения в стадии компенсации, достигнутой за счет оказания патогенетической терапии, определяет высокую возможность ресоциализации, социальной адаптации, выбора социально приемлемого поведения в сложной жизненной ситуации.

УДК 618
ББК 57

РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ТИПИРОВАНИЯ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Л.А. СУЛАМАНИДЗЕ,

кандидат медицинских наук,
врач акушер-гинеколог,
E-mail: lika.sulamanizde@gmail.com;

Н.М. НАЗАРОВА,

доктор медицинских наук,
ведущий научный сотрудник
ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова,
E-mail: grab2@yandex.ru
Научная специальность: 14.01.01 —
Акушерство и гинекология

Аннотация. Исследовалась частота встречаемости различных типов вируса папилломы человека (ВПЧ) в цервикальном канале и анальной области у пациенток с ВПЧ-ассоциированными цервикальными интраэпителиальными неоплазиями (CIN) разной степени тяжести. Проведено сравнение с цитологическими методами исследования.

Ключевые слова: цервикальная интраэпителиальная неоплазия, вирус папилломы человека, рак шейки матки, анальная интраэпителиальная неоплазия, аноскопия с высоким разрешением.

RESULTS OF STUDY HPV-TYPING OF ANOGENITAL AREA IN PATIENTS WITH CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

L.A. SULAMANIDZE,

candidate of medical sciences,
obstetrician-gynecologist

N.M. NAZAROVA,

doctor of medical sciences, senior research fellow Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

В 90% случаев причиной генитальной и анальной неоплазий является ВПЧ-инфекция. Так, в США ежегодно у 6,2 млн человек выявляется ВПЧ-инфекция [1]. Инфекция, вызванная ВПЧ, встречается у 50–80% населения мира. Высокоонкогенные типы ВПЧ ассоциированы в первую очередь с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия, CIN), ануса (анальная интраэпителиальная неоплазия, AIN), вульвы (вульварная интраэпителиальная неоплазия, VIN), влагалища (вагинальная интраэпителиальная неоплазия, VaIN) и злокачественными опухолями: рак шейки матки — 91%, вульвы — 69%, влагалища — 75%, пениса — 63% [2–8]. Рак шейки матки является наиболее распространенной формой ВПЧ-ассоциированного рака среди женщин [9]. Плоскоклеточный анальный рак имеет биологические свойства, схожие с цервикальным раком, включая предраковые поражения и наличие ВПЧ высокого риска. Частота анального рака продолжает расти на протяжении последних 20–30 лет: среди женщин заболеваемость возросла на 41% от 1975–1984 гг. к 1995–2004 гг. [2]. С продолжением роста частоты анального рака скрининг анальной интраэпителиальной неоплазии стал темой бурных обсуждений. Ряд исследователей предполагают, что тяжелая степень предрака шейки матки более чем в 39% случаев может сочетаться с анальной неоплазией, которая, как правило, не диагностируется и не лечится своевременно, так как ВПЧ-ассоциированные заболевания анальной области до появления выраженных поражений остаются вне поля зрения как проктолога, так и гинеколога [11]. Частота анального рака имеет тенденцию к росту и увеличивается ежегодно на 5%, особенно среди населения с факторами риска, в первую очередь с ВПЧ-ассоциированными поражениями генитальной области (CIN, VIN, VaIN) [12]. Частота прогрессии анальной неоплазии в рак достигает 36%, приближаясь к показателю трансформации предрака шейки матки в рак шейки матки (52%) [12]. Особо подчеркнем, что у пациенток с генитальными неоплазиями риск развития анального рака значительно повышен [13; 14].

В настоящее время тропность типов ВПЧ к эпителию шейки матки и ануса в сравнительном аспекте не изучена и представляет большой интерес с точки зрения персистенции инфекции и развития CIN и AIN [15]. С продолжающимся ростом частоты анального рака скрининг AIN является темой обсуждений. В настоящее время клинические рекомендации по профилактике и скринингу

анального рака среди пациентов высокого риска находятся в стадии разработки [16].

Однако успех скрининга рака шейки матки, а также использование кольпо-, вульво-, вагиноскопии и молекулярно-биологических методов исследования диктуют сегодня необходимость выявления анальной неоплазии у женщин групп риска, в частности с генитальными неоплазиями, ассоциированными с высокоонкогенными типами ВПЧ.

Цель — изучить частоту встречаемости разных типов ВПЧ шейки матки и ануса у пациенток с ВПЧ-ассоциированными CIN разной степени тяжести и сравнить с результатами аноскопии с высоким разрешением и анальной цитологии.

Материал и методы. В одномоментное проспективное исследование были включены 204 женщины в возрасте от 18 до 60 лет, обратившиеся по поводу наличия патологии шейки матки.

Критерии включения: CIN разной степени тяжести, подтвержденные морфологическими методами исследования; подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: беременность, послеродовой период и лактация, отсутствие возможного следования протоколу, рубцовые изменения анальной области.

Методы исследования: клинические (клинический осмотр, сбор клиничко-anamnestических данных, определение гинекологического статуса, консультация проктолога); расширенная кольпоскопия; аноскопия с высоким разрешением; цитологическое исследование мазков с шейки матки и анальной области; титрование ВПЧ.

ВПЧ-генотипирование 21 типа ВПЧ — 6, 11, 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 44 (55), 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82-го — с определением вирусной нагрузки осуществлялось методом мультиплексной полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в режиме реального времени (HRV квант-21, «ДНК-Технология», Россия) в цервикальном канале и в анальной области.

Изменения анального эпителия были описаны в соответствии с кольпоскопической терминологией Международной ассоциации по патологии шейки матки и кольпоскопии (IFCPC, 2011), предназначенной для анального эпителия [17].

Аноскопия с высоким разрешением представляет собой метод прямой визуализации перианальной области и дистальной части прямой кишки при по-

мощи кольпоскопа с применением 5%-ного раствора уксусной кислоты и раствором Люголя и позволяет оценить состояние эпителия анальной области, выявить участки поражения. Основными анализируемыми характеристиками явились: цвет эпителия, размеры поражения, сосудистый рисунок, наличие ацетобелого эпителия (АБЭ), мозаики, пунктации и степени их выраженности.

Для интерпретации результатов анальной цитологии использовалась классификация по системе Бетесда — Terminology Bethesda System (TBS) [18; 19].

В процессе статистической обработки данных применены методы описательной статистики, расчеты проводились на базе прикладных программ Microsoft Excel и Statistica 6.0. Отношение шансов (ОШ) и значимость различий в частоте встречаемости качественных признаков проводили по критерию χ^2 и рассчитывали с помощью программного продукта WinPeri. ОШ приведено с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты и обсуждение. Были обследованы 204 женщины в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст $30 \pm 1,2$ года). По результатам обследования было сформировано 2 группы: 1-я группа — 92 (45%) пациентки с наличием гистологически верифицированного диагноза CIN I–III, 2-я группа — 112 (55%) пациенток без CIN.

Основная часть обследуемых пациенток были репродуктивного возраста, соматически не отягощены, не имели хронических заболеваний. Средний возраст пациенток 1-й и 2-й групп значимо не отличался и составил $30 \pm 3,9$ и $31 \pm 3,9$ года соответственно. Средний возраст начала половой жизни составил $18,1 \pm 2,3$ года в 1-й группе и $18,2 \pm 2,1$ года — во 2-й.

Нами проведен сравнительный анализ встречаемости типов ВПЧ среди 1-й и 2-й групп пациенток, по результатам которого было выявлено, что ВПЧ в цервикальной и анальной областях чаще выявлялся в 1-й группе пациенток (90,2 и 59,8% соответственно), чем во 2-й (50 и 21,5% соответственно). По результатам зарубежных исследователей, распространенность анальной формы ВПЧ среди пациенток группы риска составляла от 16 до 85% [21–27], и в отличие от нашего исследования в большинстве случаев превышала распространенность ВПЧ в цервикальном канале — 17–70% [21; 22; 27].

В цервикальном канале, так же как и в анальной области, ВПЧ 16-го типа встречался в пять раз чаще в 1-й группе, чем во 2-й группе. В цервикальном канале

также достоверно чаще встречался ВПЧ 68-го типа ($p = 0,04$), при этом в анальной области достоверно чаще выявлялся ВПЧ 56-го типа ($p = 0,04$) (табл. 1).

Следует отметить, в 1-ю группу были включены также 36 пациенток с CIN в анамнезе, которым ранее были проведены хирургические методы лечения шейки матки. Однако, несмотря на проведенное лечение патологии шейки матки, персистенция ВПЧ в цервикальном канале была выявлена у 5 (14%) пациенток, в анальном канале — у 12 (33,1%). Учитывая сходство цервикального и анального эпителия, а также наличие анальной ВПЧ-инфекции у 33,1% пациенток, анальную область можно рассматривать как источник инфекции и реинфекции ВПЧ в первую очередь у пациенток, имеющих анальные половые контакты.

Во 2-й группе в цервикальном канале наиболее часто встречались 16 (21,4%), 52 (19,6%), 31, 44 (12,5%), 33-й (10,7%) и другие типы (менее 9%). В анальной области наиболее часто встречались 44 (25%), 31 (19,4%), 53, 6 (13,8%), 16, 52, 11, 18-й (11,1%) и другие типы (менее 9%).

Высокая встречаемость ВПЧ во 2-й группе объясняется тем, что в данной группе встречались пациентки с аногенитальными кондиломами, не имеющие при этом CIN.

У 40 пациенток (50%) были выявлены остроконечные кондиломы анальной области и у 14 (15,2%) — остроконечные кондиломы наружных половых органов. Среди этих пациенток были проанализированы и выявлены различия в типах ВПЧ в цервикальной и анальной областях. Так, в цервикальном канале у пациенток с аногенитальными кондиломами наиболее часто встречались 33, 52 (40%), 31 и 44-й тип (30%), а в анальной области — 6 (33%), 39, 44 (26%), 66, 56, 16 (20%), 52, 33, 58, 18, 31, 59 и 33-й тип (12,5%). В анальной области у пациенток с аногенитальными кондиломами чаще выявлялся ВПЧ групп А6 и А10 (64 и 41%), в то время как в цервикальном канале — группы А9. Полученные нами результаты еще раз подтверждают роль ВПЧ анальной области в инфицировании генитальной области. Можно предположить, что высокая частота рецидивирования остроконечных кондилом влагалища, шейки матки, наружных половых органов и перианальной области может быть связана с наличием недиагностированной анальной ВПЧ-инфекции и интраанальными кондиломами.

По данным исследований J. Palefsky и соавт. R. Tandon, наиболее часто встречающимися типами ВПЧ анальной области были 16, 18, 52, 53, 45 и 35-й.

Таблица 1. Встречаемость типов ВПЧ в цервикальном канале и анальной области у пациенток 1-й и 2-й группы

Тип ВПЧ	1-я группа (n = 92)			2-я группа (n = 112)		
	Цервикс, n = 83 (90,2%)	Анус, n = 55 (59,8%)	ОШ (95%, ДИ); p	Цервикс, n = 56 (50%)	Анус, n = 36 (32,1%)	ОШ (95%, ДИ); p
16	50 (60,2%)	29 (52,7%)	5,5 (2,5–12,0); 6,3x10 ⁻⁶	12 (21,4%)	4 (11,1%)	8,9 (2,7–28,6) 5,4x10 ⁻⁵
52	7 (8,4%)	5 (9%)		11 (19,6%)	4 (11,1%)	
31	7 (8,4%)	6 (10,9%)		7 (12,5%)	7 (19,4%)	
44	7 (8,4%)	12 (22%)		7 (12,5%)	9 (25%)	
33	7 (8,4%)	8 (14,5%)		6 (10,7%)	2 (5,5%)	
68	9 (10,8%)	7 (12,7%)	6,6 (0,8–54,3); 0,04	1 (1,8%)	2 (5,5%)	
53	9 (10,8%)	13 (23,6%)		2 (3,5%)	5 (13,8%)	
39	4 (4,8%)	4 (7,2%)		3 (5,3%)	3 (8,3%)	
56	4 (4,8%)	9 (16,3%)		4 (7,1%)	1 (2,7%)	6,8 (0,8–56,6); 0,04
6	2 (2,4%)	5 (9%)		3 (5,3%)	5 (13,8%)	
11	2 (2,4%)	3 (5,4%)		1 (1,8%)	4 (11,1%)	
18	1 (1,2%)	3 (5,4%)		2 (3,5%)	4 (11,1%)	
Другие	<1%	<2%		<2%	<2%	

Примечание: p — уровень значимости различий встречаемости типов ВПЧ в 1-й и 2-й группе.

Пациенткам 1-й и 2-й группы была проведена аноскопия с высоким разрешением. При сравнительном анализе результатов аноскопии выявлено, что у пациенток 1-й группы в 1,5 раза чаще выявлялись выраженные и слабовыраженные изменения анального эпителия по сравнению со 2-й группой. При этом выраженные изменения (АБЭ с мозаикой, атипические сосуды, йоднегативный участок) у 8,7% пациенток 1-й группы ($p < 0,05$) и у 2,6% пациенток 2-й группы явились признаками более тяжелого поражения эпителия анальной области. Наши результаты совпадают с результатами исследований ряда авторов. Наиболее распространенной формой ненормальной аноскопии в исследованиях M. Goncalves и соавт. был АБЭ как единственный признак или в сочетании с мозаикой [26]. Наличие мозаики являлось более редким и было связано с наличием более тяжелой патологии анального эпителия в исследовании R. Tandon и соавт. [22]. У семи пациенток 1-й группы и одной пациентки 2-й группы с наличием йоднегативного участка с четкими границами были выявлены изменения тяжелой степени (High-grade Squamous Intraepithelial Lesion — HSIL) по цитологии ($p < 0,05$).

Таким образом, проба с раствором Люголя является более специфичной при поражениях анального эпителия тяжелой степени, в отличие от шейки матки.

Наши данные совпадают с результатами исследования N. Jay, J. Berry и соавт. 2015 г., в котором оценивали результаты аноскопии у 399 больных [28]. В своем исследовании авторы сравнивали различные картины аноскопии при поражениях низкой степени Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL) и HSIL. По данным авторов, достоверно чаще при HSIL выявлялись АБЭ с мозаикой ($p < 0,05$) и йоднегативный участок ($p < 0,05$), что совпадает с данными проведенного нами исследования.

Во 2-й группе наиболее часто были выявлены слабовыраженные изменения и остроконечные кондиломы анальной области. Остроконечные кондиломы в анальной области встречались в 1-й группе в 56% случаев, во 2-й — 42%.

В 1-й группе пациенток при выраженных изменениях чаще встречались высокоонкогенные типы ВПЧ. Так, ВПЧ 16-го типа наиболее часто встречался при АБЭ с мозаикой (100%), йоднегативном участке с четкими границами (87,5%). Так, при остроконечных кондиломах наиболее часто встречались ВПЧ 44 (20%), 66 (16%), 16-го типа (12%), а ВПЧ 68, 45, 56, 6, 11, 73-го типа — менее чем в 9% случаев.

Во 2-й группе пациенток при выраженных изменениях достоверно чаще встречался ВПЧ 16 ($p < 0,05$), 73 (66,6%), 66 (50%), 53-го типа (50%), а 58, 68, 45-го типа — в единичных случаях, при остроконечных кондиломах чаще встречались ВПЧ 44 (10%), 66 (10%) и 18-го типа (8,3%) ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные нами результаты показывают, что высокоонкогенные типы ВПЧ аналогично вирусам, поражающим шейку матки, вызывают более тяжелые поражения эпителия анальной области ($p < 0,05$).

Среди пациенток с CIN (1-я группа) аномальная анальная цитология встречалась в 2 раза чаще (24%) по сравнению с пациентками 2-й группы (12%). Цитологическое заключение HSIL достоверно чаще определялось также в этой группе ($p < 0,05$) (табл. 2).

В 1-й группе наиболее часто высокоонкогенные типы ВПЧ (группа А9) встречались при цитологическом диагнозе HSIL, в то время к низкоонкогенные — при атипических клетках плоского эпителия неопределенного значения (atypical squamous cell undetermined significance — ASCUS) и отсутствии внутриклеточного поражения (negative for intraepithelial lesion or malignancy — NILM). Достоверно значимых

Таблица 2. Результаты анальной цитологии

Цитолог. заключ.	1-я группа		2-я группа		ОШ (95%, ДИ)	p
	Абс.	%	Абс.	%		
ASCUS	12	13,0	9	8	0,6 (0,2–1,5)	0,2
LSIL	3	3,3	5	4,4	1,3 (0,3–6)	0,6
HSIL	7	7,6	1	0,9	9,1 (1–75)	0,01
NILM	28	30,4	42	37,5	1,4 (0,7–2,5)	0,3

Примечание: $p < 0,05$ — уровень значимости различий 1-й и 2-й групп.

значений выявлено не было. Во 2-й группе выявлено, что наиболее часто у пациенток с ASCUS встречались 52, 33, 18, 59, 39, 51-й тип (11,1%), при LSIL — 31, 51 (40%), 58, 68, 66, 11, 26, 73-й тип (20%). При всех случаях HSIL встречался 16-й тип ВПЧ.

Пациентки с выявленными цитологическими заключениями ASCUS, LSIL, HSIL, изменениями при аноскопии с высоким разрешением и наличием ВПЧ высокого онкогенного риска (n=83) были проконсультированы проктологом. По результатам биопсии AIN разной степени тяжести была установлена у 21,6%: AIN I — 14,4%, AIN II — 2,4%, AIN III — 4,8%, анальный рак — 9,6%. По данным зарубежных исследований, заболеваемость анальным раком у пациенток с CIN III колебалась от 0,8 до 63,8 на 100 тыс. населения [28; 29]. В целом среди популяции заболеваемость анальным раком у женщин колебалась от исследования к исследованию от 0,55 до 2,4 на 100 тыс. населения [30–34].

Таким образом, пациентки с CIN в два раза чаще подвержены риску развития ВПЧ-ассоциированных заболеваний анальной области, в частности AIN, по сравнению с пациентками без CIN.

У пациенток с CIN выявлены различия типов ВПЧ в цервикальном канале и анальной области. Доминирующим типом ВПЧ у пациенток с цервикальными неоплазиями и в цервикальном канале и анусе является ВПЧ 16-го типа. ВПЧ-ассоциированные заболевания шейки матки, в частности CIN, создают риск инфицирования и развития ВПЧ-ассоциированных заболеваний анальной области, в том числе и AIN. Несмотря на деструктивные методы лечения CIN, пациентки подвержены персистенции ВПЧ и наличию ВПЧ анальной области и возможной последующей реинфекции цервикального канала.

Таким образом, пациентки с CIN являются группой высокого риска по развитию ВПЧ-ассоциированных заболеваний анальной области, в том числе анальной неоплазии и анального рака. Ведение пациенток с CIN (в том числе в анамнезе) должно включать в себя раннюю диагностику ВПЧ-ассоциированных заболеваний анальной области, в частности проведение аноскопии с высоким разрешением, ВПЧ-типирование, анальную цитологию, консультацию проктолога по показаниям.

Заключение. У пациенток с CIN выявлены различия типов ВПЧ в цервикальном канале и анальной области. Доминирующим типом ВПЧ у пациенток с

CIN в цервикальном канале и в анусе является ВПЧ 16-го типа. ВПЧ-ассоциированные заболевания шейки матки, в частности CIN, создают риск инфицирования и развития ВПЧ-ассоциированных заболеваний анальной области, в том числе и анальной интраэпителиальной неоплазии.

Литература

1. Centers for Disease Control and Prevention. Incidence, Prevalence, and Cost of Sexually Transmitted Infections in the United States, February 2013.
2. *Compartetto C., Borruto F.* Human Papillomavirus Infection: Overview. Handbook on human papillomavirus: prevalence, detection and management (Harris B.Smith). New York: Nova Science Publishers, Inc. 2013; 1: 1–137.
3. *Schiffman M., Wentzensen N.* From Human papillomavirus to cervical cancer. *Obstet Gynecol* 2010; 116 (1): 177–85.
4. *Bosh F.X., Manos M.M., Munoz N.* et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87: 796–802.
5. *Walboomers J.M., Jacobs M.V., Manos M.M.* et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 87: 796–802.
6. *De Sanjose S., Quint W.G., Alemany L.* et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol* 2010; 11: 1048.
7. *Bosh F.X., Lorincz A., Munoz N.* et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244–65.
8. *Shiffman M., Kjaer S.K.* Chapter 2: natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia // *Vaccine* 2008; 26 (Suppl. 10): K1–16.
9. URL: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-key-statistics>
10. *Scholefield J.H., Castle M.T., Watson N.F.* Malignant transformation of high-grade anal intraepithelial neoplasia. *Br J Surg* 2005; 92: 1133–6.
11. URL: <http://www.cancer.org/cancer/analcancer/detailedguide/anal-cancer-what-is-key-statistics>
12. *Johnson LG, Madeleine MM, Newcomer LM.* et al. Anal cancer incidence and survival: the surveillance, epidemiology, and end results experience, 1973–2000. *Cancer* 2004; 101 (2): 281–8.
13. *Прилепская В.Н., Назарова Н.М., Суламанидзе Л.А.* и др. Взаимосвязь ВПЧ-ассоциированных

неоплазий генитальной и анальной областей, их диагностики и лечения. *Акушерство и гинекология*. 2014; 1: 23–8 / *Prilepskaia V.N., Nazarova N.M., Sulamanidze L.A.* i dr. *Vzaimosviaz' VPCh-assotsiirovannykh neoplazii genital'noi i anal'noi oblastei, ikh diagnostiki i lecheniia. Akusherstvo i ginekologija*. 2014; 1: 23–8 [in Russian].

14. *ElNaggar A.C., Santoso J.T.* MD Risk Factors for Anal Intraepithelial Neoplasia in Women With Genital Dysplasia. *Obstet Gynecol* 2013; 122 (2): 1.

15. *Суламанидзе Л.А., Назарова Н.М., Бурменская О.В.* и др. Распространенность анальной ВПЧ-инфекции у женщин с цервикальными неоплазиями. XXI Всероссийский конгресс с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь: от менархе до менопаузы». 3–6 марта, 2015: Сб. тезисов. С. 153–4 / *Sulamanidze L.A., Nazarova N.M., Burmenskaia O.V.* i dr. *Rasprostranennost' anal'noi VPCh-infektsii u zhenshchin s tserikal'nymi neoplaziiami. XXI Vserossiiskii kongress s mezhdunarodnym uchastiem «Ambulatorno-poliklinicheskaia pomoshch': ot menarkhe do menopauzy»*. 3–6 marta, 2015: Sb. tezisov. S. 153–4 [in Russian].

16. *Berry J.M., Jay N., Palefsky J.M.* The anal canal and perianus: HPV-related disease. *Modern coploscopy textbook and atlas* (E.J.Mayeaux Jr, MD, J.Thomas Cox, MD). ASCCP 2013; 17: 488.

17. *Quaas J., Reich O., Frey Tirri B., Küppers V.* Explanation and Use of the Colposcopy Terminology of the IFCPC (International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy Rio 2011). 2013.

18. *Darragh T.M., Birdsong G.G., Luff R.D., Davey D.D.* Anal-rectal cytology. In: Solomon D., Nayar R., eds. *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria and Explanatory Notes* (2nd ed.). New York: Springer, 2004: 169–75.

19. *Darragh T.M.* Anal cytology. In: Wilbur DC, Henry MR, eds. *College of American Pathologists Practical Guide to Gynecologic Cytopathology: Morphology, Management and Molecular Methods*. Northfield, IL: CAP Press, 2008; p. 177–81.

20. *Edgren G., Sparén P.* Risk of anogenital cancer after diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia: a prospective populationbased study. *Lancet Oncol* 2007; 8: 311–6.

21. *Palefsky J.M., Holly E.A., Ralston M.L.* et al. Prevalence and risk factors for anal human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus (HIV)-positive and high-risk HIV-negative women // *J Infect Dis* 2001; 183: 383–91.

22. *Tandon R., Baranoski A.S., Huang F.* et al. Abnormal anal cytology in HIV-infected women // *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203 (21): e21–6.

23. *Durante A.J., Williams A.B., Da Costa M.* et al. Incidence of anal cytological abnormalities in a cohort of human immunodeficiency virusinfected women // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003; 12: 638–42.

24. *Hessol N.A., Holly E.A., Efrid J.T.* et al. Anal intraepithelial neoplasia in a multisite study of HIV-infected and high-risk HIV-uninfected women // *AIDS* 2009; 23: 59–70.

25. *Kojic E.M., Cu-Uvin S., Conley L.* et al. Human papillomavirus infection and cytologic abnormalities of the anus and cervix among HIVinfected women in the Study to Understand the Natural History of HIV/AIDS in the Era of Effective Therapy (The SUN Study). *Sex Transm Dis* 2011; 38: 253–9.

26. *Baranoski A.S., Tandon R., Weinberg J.* et al. Risk factors for abnormal anal cytology over time in HIV-infected women // *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 207 (107): e1–8.

27. *Goncalves M.A., Randi G., Arslan A.* et al. HPV type infection in different anogenital sites among HIV-positive Brazilian women // *Infect Agent Cancer* 2008; 3: 5.

28. *Jay N., Berry J.M., Miaskowski C.* et al. Colposcopic characteristics and Lugol'sstaining differentiate anal high-grade and low-grade squamous intraepithelial lesions during high resolution anoscopy // *Papillomavirus Res*. 2015.

29. *Saleem A.M., Paulus J.K., Shapter A.P.* et al. Risk of anal cancer in a cohort with human papillomavirusrelated gynecologic neoplasm // *Obstet Gynecol* 2011; 117: 643–9.

30. *Benard V.B., Johnson C.J., Thompson T.D.* et al. Examining the association between socioeconomic status and potential human papillomavirus-associated cancers // *Cancer* 2008; 113 (Suppl. 10): 2910–8.

31. *Fisher G., Harlow S.D., Schottenfeld D.* Cumulative risk of second primary cancers in women with index primary cancers of uterine cervix and incidence of lower anogenital tract cancers, Michigan, 1985–1992 // *Gynecol Oncol* 1997; 64: 213–23.

32. *Frisch M., Goodman M.T.* Human papillomavirus-associated anal carcinomas in Hawaii and the mainland US // *Cancer* 2000; 88: 1464–9.

33. *Joseph D.A., Miller J.W., Wu X.* et al. Understanding the burden of human papillomavirus associated anal cancers in the US // *Cancer* 2008; 113 (Suppl. 10): 2892–900.

34. *Nelson R.A., Levine A.M., Bernstein L.* et al. Changing patterns of anal carcinoma in the United States // *J Clin Oncol* 2013; 31: 1569–75.

УДК 616
ББК 57

АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Р.М. ТОРШХОЕВА,

доктор медицинских наук,
ведущий научный сотрудник отдела
стационарозамещающих технологий
ФГАУ «Научный центр здоровья детей»
Минздрава России, профессор кафедры
аллергологии и клинической иммунологии
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Аннотация. Сенсибилизации у детей с использованием стандартизованных аллергенов, является наиболее эффективным методом терапии. Для повышения эффективности АСИТ требуется проведение не менее трех курсов иммунотерапии. Сублингвальная иммунотерапия — безопасный метод лечения. Внедрение в педиатрическую практику неинъекционных методов АСИТ открывает новые возможности успешного лечения детей с аллергической патологией.

Ключевые слова: поллиноз, ветроопыляемые растения, график пыления, аллерген-специфическая иммунотерапия.

ALLERGEN-SPECIFIC IMMUNOTHERAPY IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF POLLEN SENSITIZATION IN CHILDREN

R.M. TORSHHOEV,

doctor of medical Sciences,
leading researcher of the Department
of hospital replacing technologies FGAU
«Scientific center of child healthcare»
of the Ministry of health of Russia,
Professor of the Department of Allergy
and clinical immunology, First MSMU
n. a. I. M. Sechenov

Annotation. Sensitization in children with the use of standardized allergens is the most effective method of therapy. To improve the efficiency of ASIT requires at least three courses of immunotherapy. Sublingual immunotherapy is a safe treatment method. Introduction in pediatric practice non-injection methods of ASIT opens up new possibilities for successful treatment of children with allergic pathology.

Keywords: pollinosis, are wind-pollinated; plant, schedule of dusting, allergen-specific immunotherapy.

Эффективность АСИТ хорошо изучена и доказана при бронхиальной астме, поллинозе [1–3]. Известно, что при проведении АСИТ происходит угнетение признаков аллергического воспаления, что свидетельствует о перестройке характера клеточного и цитокинового ответа [1–3].

Аллергические заболевания занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста. По данным ВОЗ, около 15% детского населения планеты имеют те или иные проявления аллергии, и тенденция к ее росту сохраняется. Такое сильное увеличение распространенности аллергических заболеваний в значительной мере связано с загрязнением окружающей среды различными химическими веществами, которые не только загрязняют воздух, но и проникают в корни растений и воду [4,5]. В организм человека эти вещества попадают через дыхательные пути, слизистые глаз, с растительными продуктами, питьевой водой, а также с молоком и мясом животных. В последние десятилетия изменилось клиническое течение многих аллергических заболеваний, отмечаются их омоложение.

Наиболее распространенными аллергическими заболеваниями среди детей являются бронхиальная астма, атопический дерматит, поллиноз, аллергический ринит [1; 2; 4].

Поллиноз — это классическое аллергическое заболевание, вызываемое пылью различных видов растений, в патогенезе которого основное значение имеет гиперчувствительность немедленного, преимущественно Ig E-зависимого, типа. Поллиноз (от лат. pollen — пыльца) характеризуется острыми аллергическими воспалительными изменениями в слизистых оболочках, главным образом дыхательных путей и глаз. Заболевание имеет четко повторяющуюся сезонность, совпадающую с периодом цветения определенных растений [2; 6; 7].

Поллиноз не относится к числу заболеваний, влияющих на продолжительность жизни, показатели смертности, но пыльцевая аллергия существенно ухудшает качество жизни больного. Кроме того, присоединение пыльцевой сенсибилизации отягощает течение бронхиальной астмы, атопического дерматита и другой аллергической патологии.

Однако его распространенность и этиологический спектр неодинаковы в различных странах мира и даже в отдельных регионах одной страны, что связано с климатогеографическими и экологическими условиями и растительным пейзажем.

Наиболее высокая заболеваемость встречается в странах с пыльным растительным покровом, сухим и жарким климатом

(Мексика, Гавайские острова, Африка). Самая высокая заболеваемость поллинозом наблюдается в Америке — 23–25 случаев на 1000 человек, и основной причиной его является пыльца сорной травы амброзии. В странах Европы распространенность поллиноза составляет 0,5–1,5 на 1000 человек, а ведущими аллергенами являются пыльца злаковых трав и пыльца деревьев.

В нашей стране изучение поллиноза начато в 1960-е годы под руководством А.Д. Адо. Было установлено, что его распространенность неодинакова в различных регионах. Наиболее высокая заболеваемость наблюдается в Краснодарском и Ставропольском краях (20–25 случаев на 1000 человек), и основным аллергеном является пыльца амброзии (А.И. Остроумов, 1973). В центральных районах европейской части России поллиноз встречается с частотой 20,6 случая на 1000 детей [8]. Мальчики болеют чаще девочек. Наиболее часто первичная манифестация поллиноза наблюдается в возрасте 3–9 лет. Поллиноз составляет до 26% общего числа аллергических болезней у детей [9].

Причиной поллиноза чаще является пыльца тех растений, которые преобладают в данной местности, причем пыльца не каждого растения способна вызывать заболевание, а только та, которая имеет определенные свойства; она должна: 1) принадлежать к ветроопыляемым растениям, продуцирующим ее в больших количествах, что создает высокую концентрацию в воздухе (исключение составляет пыльца подсолнечника, относящегося к насекомоопыляемым растениям); 2) быть легкой и летучей, округлой формы, размером не более 35 мк, что способствует переносу ее ветром на большие расстояния; 3) принадлежать к широко распространенным растениям; 4) иметь выраженные аллергенные свойства.

Для каждого региона характерен свой «график пыления» растений, и во многих странах Европы, Америки, в Канаде, России и другие, составлены флористические карты и перечень растений, цветущих в краях и областях.

Среди деревьев аллергенная активность наиболее выражена у пыльцы березы. Береза произрастает по всему миру, не растет она только в Австралии и Африке.

Терапия аллергических заболеваний у детей является патогенетической и осуществляется с учетом особенностей клинических проявлений, активности и

тяжести аллергического процесса. Программа лечения больного поллинозом должна включать элиминационные мероприятия, диетотерапию, медикаментозную терапию, специфическую иммунотерапию (АСИТ) и образование пациента [2; 11; 12].

Больным поллинозом в период пыления причинно-значимых растений рекомендуется избегать посещения загородной зоны (лес, луг), парков и скверов в городе. Необходимо занавешивать форточки марлей или тканью, что уменьшает поступление пыльцы в жилище. При аллергическом поражении кожи как проявлении поллиноза рекомендуется носить одежду с длинными рукавами и длинные брюки. В квартире не следует ставить букеты живых и сухих цветов, разводить цветущие растения.

Из рациона питания больных поллинозом рекомендуется исключать перекрестно реагирующие пищевые продукты. Меры по устранению контакта с аллергенами являются приоритетными, поскольку даже если они не могут быть выполнены полностью, они существенно уменьшают необходимую фармакотерапию.

Медикаментозная терапия включает базисную противовоспалительную терапию и терапию обострения аллергических болезней у детей, целью которой является уменьшение тяжести клинических проявлений и достижение ремиссии. Чрезмерное и часто неконтролируемое врачами применение лекарственных препаратов также способствует увеличению числа аллергических заболеваний.

В лечении детей с поллинозами не рекомендуется применять фитопрепараты.

Аллерген-специфическая иммунотерапия является ведущим методом лечения детей, страдающих атопическими заболеваниями. Наиболее эффективен этот метод лечения при поллинозах, аллергическом рините, атопической бронхиальной астме.

АСИТ назначается детям с IgE-обусловленными аллергическими заболеваниями в периоде их ремиссии, при выявлении причинно-значимого аллергена и высокой степени сенсibilизации с постепенным увеличением дозы вводимого качественного аллергенного препарата [1; 2; 5; 12].

Аллерген-специфическая иммунотерапия индуцирует клиническую и иммунологическую толерантность, продолжительную эффективность, может предотвращать прогрессирование аллергических болезней, а также оказывать влияние на качество жизни пациента.

Возможность проведения аллерген-специфической иммунотерапии должна быть прежде всего рассмотрена для пациентов, требующих постоянной медикаментозной терапии.

Аллерген-специфическая иммунотерапия является единственным методом лечения аллергических болезней, воздействующим на все патогенетические звенья аллергического процесса, изменяющим характер реагирования организма на аллерген. Под воздействием лечения происходит изменение соотношения Т-клеток в сторону активации Т-хелперов 1-го типа и угнетения Т-хелперов 2-го типа, подавление продукции IL4, увеличение продукции IL12 и IFNY, увеличение концентрации противовоспалительного цитокина IL10 и, в конечном итоге, снижение синтеза IgE. Аллерген-специфическая иммунотерапия является единственным примером противоаллергического лечения, обладающего длительным профилактическим эффектом после завершения курса. Ни одно фармакологическое лекарственное средство не оказывает такого комплексного и продолжительного действия.

Результаты многочисленных двойных слепых плацебоконтролируемых исследований, в том числе у детей, доказали высокую клиническую эффективность подкожной аллерген-специфической иммунотерапии при астме (уровень доказательности Ia) и при рините (уровень доказательности Ib) при использовании аллергенов березы, злаков, амброзии, горного кедра, кипариса, кошки, клещей домашней пыли, грибов *Alternaria*, *cladosporium*. Результаты Кокрановского обзора подтверждают клинически важные результаты — снижение балльной оценки симптомов и потребности в лекарствах при ринитах и астме у больных, получавших аллерген-специфическую иммунотерапию. Получены результаты (уровень доказательности Ia) по эффективности сублингвального метода аллерген-специфической иммунотерапии при сезонном рините у взрослых и детей.

Важным преимуществом аллерген-специфической иммунотерапии является профилактический эффект — своевременно начатое и последовательно проводимое лечение предупреждает формирование бронхиальной астмы у больных аллергическим ринитом.

Вопрос о возможности проведения аллерген-специфической иммунотерапии, способе введения аллергена и схеме терапии в каждом конкретном случае решает врач-аллерголог. Длительность терапии составляет от 3 до 5 лет.

В работе Р.М. Торшхоевой с соавторами подробно представлены результаты сравнительного исследования эффективности и безопасности применения парентеральной и сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии различными аллергенами для лечения детей с сенсibilизацией к пыльце деревьев [15]. Всем пациентам, принявшим участие в исследовании, было проведено три курса иммунотерапии. Нежелательные явления, отмечавшиеся у пациентов данного исследования, были легкими и не требовали медикаментозной терапии. Таким образом, было доказано, что сублингвальная и парентеральная специфическая иммунотерапия являются эффективными и безопасными методами терапии поллиноза у детей.

Благоприятное влияние АСИТ на течение аллергических заболеваний у детей обуславливается изменениями в иммунной системе. При проведении АСИТ определенные изменения претерпевает и продукция общего и специфических IgE-антител. Отметим, что при продолжительном (в течение нескольких лет) лечении у всех детей, принявших участие в исследовании, наблюдалось сужение спектра и снижение порога чувствительности к аллергенам, к которым ранее выявлялась повышенная сенсibilизация. Также было выявлено снижение общего иммуноглобулинаЕ (IgE) в сыворотке крови, а у отдельных больных практически до границ нормы. Более значительное снижение уровня общего IgE было у детей с отличным (достижение устойчивой ремиссии болезни) и хорошим (редкие легкие обострения) результатами АСИТ, что совпадает с литературными данными [13; 14].

В ходе исследования Р.М. Торшхоевой были получены данные подтверждающие благоприятное влияние проводимой АСИТ на течение сопутствующей аллергопатологии [15]. После проведения АСИТ в течение трех лет подряд у 72,3% больных, принявших участие в исследовании, наблюдалось уменьшение частоты и более легкое течение обострений бронхиальной астмы и симптомов круглогодичного АР, а также аллергического воспалительного процесса на коже. Проведение АСИТ у 53,8% детей позволило снизить дозы ингаляционных глюкокортикостероидов, а у части больных заменить базисную терапию глюкокортикостероидами на лечение препаратами кромоглициевого ряда. У 94 (65,7%) детей, принявших участие в исследовании, отпала необходимость в проведении терапии антигистаминными препаратами в сезон цветения причинно-значимых аллерге-

нов. Полученные данные совпадают с данными И.И. Балаболкина [14].

Достижение положительного клинического эффекта при применении парентерального и сублингвального методов АСИТ свидетельствует о целесообразности их проведения и позволяет рассматривать как перспективные методы лечения поллиноза у детей.

Проведенный сравнительный анализ сублингвальной АСИТ и парентерального применения аллергенов у детей с поллинозом показал, что эффективность терапии не зависит от метода проводимой терапии, но значительно повышается при применении стандартизованных аллергенов. Очевидно, что проведение АСИТ требует более длительного периода лечения (не менее 3 курсов).

При продолжительном (в течение нескольких лет) лечении у всех детей наблюдалось сужение спектра и снижение порога чувствительности к аллергенам и снижение общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови, особенно у детей с отличным и хорошим результатами АСИТ.

Благоприятное влияние проводимой АСИТ на течение сопутствующей аллергопатологии проявлялось уменьшением частоты и степени тяжести течений обострений аллергических заболеваний, что, безусловно, позволило снизить объемы проводимой базисной терапии.

Нежелательные явления чаще отмечались при применении парентеральной АСИТ водно-солевыми растворами аллергенов. Однако местные нежелательные явления в большинстве случаев разрешались самостоятельно, без применения медикаментозной терапии и изменения тактики лечения. Системные нежелательные явления отмечались при проведении 1 и 2 курсов аллергенспецифической иммунотерапии и требовали применения терапии короткими курсами антигистаминных препаратов (3–5 дней) или применения МГКС (2–3 дня). Ни у одного пациента не было прервано лечение.

Выводы. Аллергенспецифическая иммунотерапия, проводимая при пылевой сенсибилизации у детей с использованием стандартизованных аллергенов, является наиболее эффективным методом терапии. Для повышения эффективности АСИТ требуется проведение не менее 3 курсов иммунотерапии.

Аллергенспецифическая иммунотерапия предупреждает усиление сенсибилизации и расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность организма, предупреждает утяжеление течения заболевания и перехода в другие

более тяжелые формы аллергического заболевания, уменьшает потребности в противоаллергических лекарственных препаратах и таким образом сохраняет длительность ремиссии.

Сублингвальная иммунотерапия — безопасный метод лечения. Внедрение в педиатрическую практику неинъекционных методов АСИТ открывает новые возможности успешного лечения детей с аллергической патологией.

Литература

1. Аллергология и иммунология / Под ред. А.А. Баранова, Р.М. Хаитова. М., 2010.
2. Аллергия у детей: от теории — к практике / Под ред. Л.С. Намазовой-Барановой. М., 2010–2011.
3. *Гущин И.С., Курбачева О.М.* Аллерген-специфическая иммунотерапия атопических заболеваний: Пособие для врачей. М., 2002.
4. Детская аллергология / Под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. М., 2006.
5. Аллергология и иммунология: национальное руководство / Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М., 2009.
6. *Адо А.Д.* Общая аллергология. М., 1978.
7. Аллергические болезни у детей / Под ред. М.Я. Студеникина, Т.С. Соколовой. М., 1986.
8. *Балаболкин И.И.* Поллинозы у детей. М., 1996.
9. *Балаболкин И.И.* // Аллергология. 2000. № 3. С. 34–38.
10. *Гущин И.С., Курбачева О.М.* Аллергия и аллергенспецифическая иммунотерапия. М., 2010.
11. *Гущин И.С.* Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. М., 1998.
12. Лечение аллергических болезней у детей / Под ред. И.И. Балаболкина. М., 2008.
13. *Балаболкин И.И., Ксензова Л.Д., Кувшинова Е.Д., Ботвиньева В.В.* Влияние сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии на течение поллинозов у детей // Пульмонология детского возраста. М., 2006. С. 146–150.
14. *Балаболкин И.И., Рылеева И.В., Юхтина Н.В.* и др. Аллергенспецифическая иммунотерапия детей с аллергическими заболеваниями и возможности повышения ее эффективности // Педиатрия. 2006. № 2. С. 81–85.
15. *Торшхоева Р.М., Намазова-Баранова Л.С., Мурадова О.И.* и др. Аллергенспецифическая иммунотерапия у детей с поллинозом // Вопросы современной педиатрии. 2014. Т. 13. № 2. С. 155–161.

УДК 614
ББК 57

МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИЙ КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ 21 УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ДОКТРИНАЛЬНОЕ ТОЛКОВАНИЕ)

Л.Ю. БЕЗМЕЛЬНИЦЫНА,
кандидат медицинских наук,
ведущий научный сотрудник,
Национальный НИИ общественного
здоровья им. Н.А. Семашко;
Н.Д. ЭРИАШВИЛИ,
кандидат юридических наук,
доктор экономических наук, профессор;
Д.О. МЕШКОВ,
доктор медицинских наук,
руководитель сектора координации
научных исследований и информации,
Национальный НИИ общественного
здоровья им. Н.А. Семашко

Аннотация. Проводится научно-практический анализ ст. 21 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Ключевые слова: общественное здоровье, невменяемость, уголовный кодекс, научное толкование.

MEDICAL AND LEGAL COMMENTARY ON ARTICLE 21 OF THE CRIMINAL CODE OF THE RUSSIAN FEDERATION (DOCTRINAL INTERPRETATION)

L.YU. BEZMEL'NICYNA,
MD., Leading Researcher,
The National Research Institute of Public
Health named after N.A. Semashko;
N.D. ERIASHVILI,
Candidate of Legal Sciences,
Doctor of Economic Sciences, Professor;
D.O. MESHKOV,
MD., Head of sector coordination
of research and information,
The National Research Institute of Public
Health named after N.A. Semashko

Annotation. Article is devoted to the scientific and practical analysis of Article 21 of the Criminal Code of the Russian Federation.

Keywords: public health, Insanity, Criminal Code, Scientific interpretation.

В ст. 21 «Невменяемость» УК РФ сказано: «1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

2. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом»¹.

Вызывает беспокойство тот факт, что в различных регионах страны количество лиц, признанных судом невменяемыми, существенно различается, что определяет необходимость доктринального, единообразного толкования этой уголовно-правовой нормы.

Если понятие «вменяемость» как способность к осознанно-волевой регуляции поведения во время (в момент) совершения деяния, предусмотренного статьями Особенной части УК, раскрывается только в теории уголовного права², то понятие «невменяемость», на наш взгляд, полно формулируется в Уголовном кодексе.

Невменяемость лица — его неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими во время совершения общественно опасного деяния вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики. Можно сказать, что понятие «невменяемость» зеркально отражает понятие «вменяемость»³.

В следственно-судебной практике под невменяемостью лица понимается отсутствие у него способности осознавать фактиче-

¹ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

² Швырев Б.А., Болбат Н.А., Кудряшов О.В., Дивитаева О.А. Синдром нетерпения и криминальное поведение // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 4 (20). С. 18—20.

³ Швырев Б.А. Проблемы прекращения принудительного психиатрического лечения // Актуальные вопросы образования и науки. 2015. № 1-2 (47-48). С. 89—94.

ский характер и (или) общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими во время (в момент) совершения деяния, предусмотренного статьями Особенной части УК, вследствие его психического расстройства⁴. Такое понимание закона связано с тем обстоятельством, что лицо в большинстве случаев осознает (полностью или частично) фактический характер своих действий (бездействия), но не понимает их общественную опасность. Например, человек, страдающий шизофренией с бредом преследования (хроническое психическое расстройство), нанеший удар ножом в шею «преследователю» — коллеге, осознавал, что у него в руке нож, удар которым в шею «преследователя» «прекратит преследование», т.е. осознавал фактический характер своих действий; однако общественную опасность своих действий он не осознавал⁵.

Невменяемость лица включает в себя одновременную совокупность медицинского и юридического критериев⁶.

К медицинскому критерию невменяемости лица относится факт наличия у него хронического психического расстройства, либо временного психического расстройства, либо слабоумия, либо иного болезненного состояния психики⁷. К хроническим психическим расстройствам относятся непрерывно или приступообразно протекающие психические расстройства, имеющие тенденцию к прогрессированию и приводящие к глубоким и стойким личностным изменениям (например, шизофрения)⁸. К временным психическим расстройствам относятся преходящие, обратимые, заканчивающиеся улучшением, вплоть до полного выздоровления, психические расстройства (например, алкогольный психоз)⁹. Слабоумие лица — состояние умственного недоразвития или упадка его психической деятельности, связанное с повреждением мозга генетическими, травматическими, интоксикационными или иными факторами, сопровождающееся поражением интеллекта, в первую очередь — уровня суждений и критики, необратимыми изменениями личности, выраженным снижением или невозможностью его социального приспособления¹⁰. К иным болезненным состояниям психики лица относятся те, что не являются, по существу, болезненными, но нарушают его социальную адаптацию (например, «афганский синдром»)¹¹.

На наш взгляд, юридический критерий невменяемости лица означает обязательное влияние пси-

хического расстройства на его осознанно-волевое поведение во время (в момент) совершения деяния, предусмотренного Особенной частью УК. Если психическое расстройство лица (например, легкая форма дебильности) не повлияло на его осознанно-волевое поведение во время деяния (например, нападение в целях хищения чужого имущества, совершенного с применением насилия, опасного для жизни или здоровья человека, в составе группы лиц по предварительному сговору, с применением оружия), то лицо признается судом вменяемым¹².

Невменяемость лица устанавливается судом. Основанием для вынесения судебного решения о невменяемости лица являются данные дела, в том числе и заключение судебно-психиатрической экспертизы. В следственно-судебной практике, к сожалению, встречаются случаи переоценки значения заключения судебно-психиатрической экспертизы, избыточного внимания к наличию медицинского критерия невменяемости лица при игнорировании юридического критерия¹³. Например, наркотическое «голодание» лица возникает при его хроническом психическом

⁴ Пономарев С.Б., Пустовалов А.Р. Рецензия на монографию Б.А. Спасенникова, С.Б. Спасенникова «Уголовно-правовое значение состояния опьянения» // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 1-2. С. 106—108.

⁵ Швырев Б.А., Белоус В.Г., Кудряшов О.В. Психические расстройства и уголовная ответственность в иностранном уголовном законодательстве // Актуальные вопросы образования и науки. 2015. № 5-6 (51-52). С. 65—73.

⁶ Швырев Б.А. Цели принудительных мер медицинского характера // Вестник международного Института управления. 2014. № 5-6 (129-130). С. 54—59.

⁷ Колпакова А.О. Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания // Вестник международного Института управления. 2014. № 1-2 (125-126). С. 58—61.

⁸ Кожин Г.В. Основания применения принудительных мер медицинского характера (комментарий ст. 97 Уголовного кодекса Российской Федерации) // Вестник международного Института управления. 2014. № 1-2 (125-126). С. 54—57.

⁹ Шинакова М.В. Невменяемость (сравнительно-правовой аспект) // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 3-4 (43-44). С. 62—69.

¹⁰ Тихомиров А.Н. Комментарий к ст. 22 Уголовного кодекса Российской Федерации // Вестник международного Института управления. 2014. № 3-4 (127-128). С. 38—40.

¹¹ Бычкова А.М. Рецензия на работу «Психические расстройства и их уголовно-правовое, криминологическое, уголовно-исполнительное значение (история, теория, уголовно-правовое регулирование, практика)» докт. юрид. наук, докт. мед. наук, профессора Б.А. Спасенникова // Актуальные вопросы образования и науки. 2012. № 5-6 (33-34). С. 149, 150.

¹² Белоус В.Г. Критический анализ научных публикаций, посвященных проблеме невменяемости // Актуальные вопросы образования и науки. 2013. № 5-6. С. 109.

¹³ Белоус В.Г., Дивитаева О.А. О научной школе медицинского права НОУ ВПО «Институт управления» // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 2 (18). С. 11—16.

(наркологическом) расстройстве — наркомании, но оно не приводит к потере его осознанно-волевого поведения во время совершения деяния, предусмотренного ст. 176 УК, если даже психиатры-эксперты полагают обратное. Акт судебно-психиатрической экспертизы подлежит оценке судом, и суд должен сам вынести соответствующее решение¹⁴.

У лица с тяжелым, активно протекающим психическим расстройством, глубоко изменяющим его личность, сразу же после совершения им общественно опасного деяния задержанного и направленного на судебно-психиатрическую экспертизу, оценка медицинского критерия является простой и не расходится с юридической оценкой. У лица, совершившего общественно опасное деяние, задержанного и направленного на судебно-психиатрическую экспертизу через несколько месяцев после его совершения, картина психического расстройства зачастую не выражает острых психических расстройств, а носит характер психической реакции на задержание, что существенно снижает достоверность оценки медицинского критерия.

Работники следствия и суда иногда переоценивают возможности врачей-психиатров, которые в своих заключениях подчас делают выводы о вменяемости-невменяемости подэкспертных. К сожалению, в заключениях экспертов невменяемость лица часто не связывается со временем совершения им деяния, запрещенного уголовным законом. Зачастую работники следствия и суда не обязывают экспертов анализировать способность субъекта к осознанно-волевой регуляции поведения в отношении инкриминируемого ему деяния.

Наличие психического расстройства у лица, совершившего деяние, предусмотренное статьями Особенной части Уголовного кодекса России, не может вести к обязательному признанию его невменяемым. Как мы сказали выше, к сожалению, количество лиц, признанных судом невменяемыми, существенно различается в различных регионах России, что не может не

вызывать беспокойство уровнем единообразия судебной практики.

Приходится отмечать, что в РФ возможности достоверного отслеживания динамики психических расстройств у лиц, ими страдающих, в последние годы сократились. Существенное ограничение оснований для постановки на диспансерный учет в психоневрологическом лечебно-профилактическом учреждении привело к сокращению случаев, когда в распоряжении следствия имеются документальные данные о динамическом наблюдении больных психиатрами в прошлом. Поэтому увеличивается роль и значение надлежащего изучения подследственного (подсудимого) в ходе следствия и суда.

Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные гл. 15 УК. Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом, т.е. их назначение — право, а не обязанность суда.

После прекращения применения принудительных мер медицинского характера лицо, признанное судом невменяемым, не подлежит уголовной ответственности только за то деяние, в отношении которого оно признано невменяемым. Лицо, признанное невменяемым по одному делу, может быть признано вменяемым по другому делу, хотя хроническое психическое расстройство, или слабоумие, или иное болезненное состояние психики у него не излечено. Например, лицо, страдающее слабоумием, признанное судом невменяемым за совершение деяния, предусмотренного ст. 337 УК, вместе с тем может быть признано вменяемым за совершение деяния, предусмотренного ст. 131 УК.

¹⁴ Агеева М.П. Виды принудительных мер медицинского характера (комментарий статьи 99 Уголовного кодекса Российской Федерации) // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 3-4 (43-44). С. 49—51.

УДК 614
ББК 57

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА ОСУЖДЕННЫХ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Е.М. ДАНИЛИН,

кандидат педагогических наук,
доцент НИИ ФСИН России, г. Москва;

Н.В. ДАВЫДОВА,

кандидат медицинских наук
НИИ ФСИН России, г. Москва,
E-mail: medotdelnii@yandex.ru;

Б.А. СПАСЕННИКОВ,

доктор юридических наук, доктор
медицинских наук, профессор, главный научный
сотрудник ФКУ НИИ ФСИН России,
E-mail: borisspasennikov@yandex.ru

Аннотация. Показана актуальность организации досуга осужденных, отбывающих наказание в исправительных учреждениях. На основе анализа исторического опыта деятельности А.С. Макаренко в руководимых им воспитательных учреждениях, а также результатов исследования, проведенного сотрудниками НИИ ФСИН России в 2014 г., показано состояние кружковой работы с осужденными. Выявлены проблемы в сфере организации досуга осужденных, формулируются предложения и рекомендации совершенствования этой работы.

Ключевые слова: уголовно-исполнительная система, исправительные учреждения, осужденный, воспитательная работа, организация досуга, кружковая работа.

ORGANIZATION OF LEISURE-TIME FOR CONVICTED PERSONS IN CORRECTIONAL FACILITIES

E.M. DANILIN,

Candidate of Pedagogical Sciences,
Associate Professor, The Russian Research
Institute FSIN Russia, Moscow;

N.V. DAVYDOVA,

Candidate of Medical Sciences, The Russian
Research Institute FSIN Russia, Moscow;

B.A. SPASENNIKOV,

JD, MD, PhD, Professor, Chief Researcher,
Research Institute of the Federal Penitentiary Service

Annotation. Relevance of the organization of leisure prisoners serving sentence in correctional facilities is analyzed in article. On the basis of the analysis of historical experience of activity of A.S. Makarenko in the educational institutions run by him, and also results of the research conducted by the staff of scientific research institute of FSIN of Russia in 2014 the condition of workshops with prisoners is shown. Problems in the sphere of the organization of leisure of prisoners are revealed, proposals and recommendations of improvement of this work are formulated.

Keywords: penal system, correctional facilities, prisoner, educational work, the organization of leisure, workshops.

Во Всеобщей декларации прав человека, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1948 г., провозглашается: «Каждый человек имеет право на отдых и досуг». Право человека на использование свободного времени по своему усмотрению закреплено в ст. 44 Конституции Российской Федерации. Данное право реализуется, в частности, в процессе организации и проведения воспитательной работы, в том числе и с осужденными в местах лишения свободы.

Европейские пенитенциарные правила Рес (2006) в ч. II п. 27 «Условия тюремного заключения» содержат ряд рекомендаций по организации физического воспитания и досуга осужденных, являющихся элементом режима во всех видах пенитенциарных учреждений.

Воспитательная работа с осужденными является одним из основных средств их исправления (ст. 9 УИК РФ). Эта работа организуется и проводится в исправительных учреждениях (ИУ) с осужденными в свободное от учебы и работы время, т.е. во время их досуга. В воспитательных колониях (ВК) действует приказ Минюста России от 21 июня 2005 г. № 91 «Об утверждении Инструкции об организации воспитательной работы с осужденными в воспитательных колониях Федеральной службы исполнения наказаний». В п. 3 данного приказа в числе основных форм и методов воспитательной работы наряду с лекциями, конкурсами, диспутами, вечерами, смотрами, конференциями, спартакиадами названа и кружковая работа.

Под свободным временем осужденных, досугом, понимается та часть распорядка дня, которая не занята учебной, трудовой и другой деятельностью, а также временем, необходимым на удовлетворение физиологических потребностей (сном, приемом пищи, личной гигиеной и т.д.). Как показывает практика, свободного времени у осужденных немного, но оно все же есть. Это особенно заметно в выходные и праздничные дни, а также в вечернее время после учебы или работы.

Общеизвестно: если свободное время правильно не организовано, то в лучшем случае человек бездель-

ничает, в худшем оно заполняется асоциальной деятельностью. Лица, которые сосредоточены в местах лишения свободы, как никто другой, знают об этом и подтвердят очевидный факт. До осуждения, будучи на свободе, они своеобразно заполняли свой досуг: выпивками, дебошами, загулами и т.д.

Практика показывает, что в тех ИУ, где деятельность служб и отделов носит выраженную воспитательную направленность, а администрация решает проблему организации культурного досуга осужденных, наблюдается меньше нарушений режима содержания и порядка отбывания наказания по сравнению с теми ИУ, где эта работа слабо организована.

Один из эффективных способов досуга осужденных в ИУ — кружковая работа. В Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 г. предполагается в рамках совершенствования воспитательной и социальной работы «расширение форм организации культурного досуга осужденных, клубной и кружковой работы, привлечение к этой работе деятелей искусства, культуры и спорта, в том числе имеющих широкую известность и позитивный авторитет, а также пополнение библиотечных фондов».

Во исполнение положений Концепции в части создания справедливой и эффективной системы стимулов осужденных к законопослушному поведению разработаны методические рекомендации по использованию системы «социальных лифтов» в ИУ ФСИН России в условиях действующего законодательства. Критерии оценки поведения осужденных включают: повышение интеллектуального уровня, подписку на периодические издания, посещение библиотеки, чтение литературы, выполнение общественных поручений, активное участие в спортивных и культурных мероприятиях. Это подтверждается комиссией учреждения, оценивающей поведение осужденных, выписками из плана работы начальника отряда об участии осужденных в воспитательных мероприятиях, заверенной курирующим заместителем начальника учреждения. Данное условие является для осужденного важным стимулом к участию в кружковой работе. Остается предоставить им возможность заниматься данным видом деятельности.

В истории организации кружковой работы с осужденными обращает на себя внимание плодотворная практическая деятельность известного педагога А.С. Макаренко в 20—30 гг. XX в. в колонии

имени М. Горького и коммуне имени Ф.Э. Дзержинского.

Важным моментом в жизни этих воспитательных учреждений было создание таких условий, чтобы творчество каждого колониста и коммунара способствовало раскрытию и развитию их индивидуальных способностей. В руководимых А.С. Макаренко учреждениях в атмосфере поддержки, признания и одобрения любого творчества проявление индивидуальных способностей и талантов воспитанников рассматривалось как ценность и возможность обогащения общей жизни. С этой целью в колонии и коммуне создавалось большое количество кружков разной направленности: драматический, фотографический, музыкальный (в колонии был организован оркестр), изобразительного искусства, литературный (украинский и русский), радиотехнический, библиотечный, натуралистов и многие другие.

В 1930-е годы значительно возрос интерес со стороны коммунаров к драматическому творчеству и русской литературе. Как результат — организовались два драматических кружка. К руководству первого кружка для старших воспитанников были привлечены режиссеры Харьковского театра русской драмы Н.В. Петров (впоследствии лауреат Государственной премии, народный артист СССР) и Харьковского театра имени А.С. Пушкина А.Г. Крамов (народный артист СССР). Второй драматический кружок для младших воспитанников возглавил Виктор Николаевич Терский — сотрудник коммуны.

Совместно с воспитателями подростки сочиняли сценарии, писали стихи, устраивали выставки картин самодеятельных художников коммуны, технического творчества. Духовой оркестр, хор, музыкальные кружки (фортепьяно, скрипка) давали простор для формирования музыкальных способностей. Работал в коммуне и «арктический» кружок¹.

А.С. Макаренко уделял большое внимание духовно-нравственному развитию коммунаров, их грамотности. По его инициативе в коммуне был организован библиотечный кружок. Несмотря на большую занятость, Макаренко систематически просматривал формуляры читателей, обращая внимание на то, как часто воспитанники посещают библиотеку, кто и какие книги берет. Он старался пробудить в

¹ Багреева Е.Г., Данилин Е.М. Возвращение к Макаренко. М., 2006.

каждом воспитаннике любовь к чтению и бережному обращению с книгой. Из воспоминаний сотрудников коммуны и коммунаров следует, что А.С. Макаренко учил подростков работе с книгой, рекомендовал каждому завести тетрадь для краткого изложения и разбора прочитанного материала. Многих он заинтересовывал своими рассказами о прочитанной книге, а другим советовал прочитать то или иное произведение².

В колонии и коммуне, кроме того, существовало много спортивных, в том числе военно-спортивных, секций: парашютная, кавалерийская, военной топографии, волейбольная, футбольная. Все без исключения коммунары сохранили свои увлечения на всю жизнь, а для некоторых они стали профессией.

Конечно, повторить то, что создал А.С. Макаренко в руководимых им учреждениях, в условиях современных ИУ невозможно, но те педагогические идеи, которые лежали в основе организации кружковой работы с воспитанниками, необходимо знать и использовать в настоящее время.

Сотрудниками НИИ ФСИН России исследовалась проблема организации кружковой работы с осужденными к лишению свободы. Исследование проводилось во всех территориях, где располагаются ИУ.

Кружок — организация лиц, объединившихся для совместной деятельности, совместных занятий³.

Кружковая работа является составной частью воспитательного, исправительного процесса с осужденными в ИУ.

Цель кружковой работы — организация разумного досуга осужденных, привлечение их к общественно полезной деятельности, стимулирование инициативы и самостоятельности, развитие индивидуальных интересов и способностей.

Занятия осужденных в кружках способствуют решению следующих задач:

- ◆ исправлению, нравственной переориентации их личности;
- ◆ расширению и углублению социально полезных умений и навыков;
- ◆ ознакомлению их с достижениями отечественной и мировой науки, техники, литературы, искусства, спорта;
- ◆ формированию умений применять полученные в кружке знания, на практике после освобождения;
- ◆ развитию потребности в самовоспитании и самообразовании;

- ◆ формированию здорового образа жизни.

Перечисленные задачи несут воспитательную, развивающую, формирующую социальную позицию личности, а также профилактическую функцию. С учетом контингента участников кружковой деятельности в ИУ профилактическая функция весьма актуальна.

Кроме того, используя кружковую работу, сотрудники ИУ могут существенно облегчить установление психологического контакта с осужденными, выявить положительные качества их личности. Это касается даже самых трудновоспитуемых лиц — участников кружков. Кружковая деятельность способствует разностороннему раскрытию индивидуальных возможностей осужденного, которые не всегда удается выявить, активизировать их в других видах деятельности: учебной, трудовой, бытовой.

Организация кружков — это ответственное дело, требующее вдумчивого отношения к их комплектованию, разработке содержания и методов работы. Начинать организацию кружков в ИУ рекомендуется с выявления интересов осужденных. Учитывая особенности личности современных осужденных, можно сказать, что в большинстве своем у них отсутствуют всякие интересы и желания организовывать свой досуг. Но перед сотрудниками ИУ одной из задач, решаемых в процессе воспитания и исправления осужденных, как раз и стоит задача формирования их здоровых интересов.

В процессе общения сотрудников ВК с осужденными в карантинном помещении следует подробно рассказать о действующих в учреждении кружках по интересам, где можно реализовать свои способности, удовлетворить законные интересы и тем самым рационально использовать свободное время. Участие в кружках в совокупности с основными средствами исправления призвано убедить осужденных в том, что законопослушный образ жизни как в местах лишения свободы, так и после освобождения — единственно правильный лично для него и приемлемый для общества путь, уводящий от совершения повторного преступления.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что досуговые интересы осужденных могут касаться различных сфер. Это спорт, музыка,

² Макаренко А.С. Пед. соч. В 7 т. М., 1957. Т. 2.

³ Большой толковый словарь. СПб., 2002.

театр, кино, литература, живопись и т.д. Однако прежде всего рекомендуется создавать такие кружки, занятия в которых помогли бы осужденным безболезненно вступить в самостоятельную жизнь после освобождения. Сюда можно отнести кружки, ставящие перед собой задачу углубления и совершенствования трудовых умений и навыков, всестороннего физического и эстетического воспитания, а также развитие интереса к духовному миру человека. Иллюстрацией к сказанному может служить такой пример. В день «открытых дверей» в одном из исправительных учреждений России произошло беспрецедентное событие. Прямо со сцены клуба был освобожден главный участник всех театральных постановок местного театра «Камелек», который работает в течение десяти лет. В этом году юбилейный спектакль смогли увидеть и за пределами учреждения. Зрители двух ИУ рукоплескали игре самодеятельных актеров. Особенно теплым оказался прием в женской исправительной колонии. Оvation не прекращались практически на протяжении всего спектакля. Такой выезд является большим стимулом к правопослушному поведению осужденных-актеров и их дальнейшей ресоциализации. По завершении спектакля главному герою постановки вручили документ об освобождении и направление на бюджетное обучение в ведущий вуз — Университет культуры и искусств на факультет режиссуры.

Работу с осужденными по выявлению их интересов, склонностей и увлечений необходимо начинать в карантинном помещении. Данную работу рекомендуется проводить начальникам отрядов, социальным педагогам и психологам с использованием имеющихся специальных психологических методик.

Помимо выявления интересов осужденных в досуговой сфере также рекомендуется исходя из результатов ознакомления с личными делами осужденных, бесед с ними выяснить, кто из них до осуждения занимался в каком-либо кружке, а может быть, и руководил им. Если среди осужденных найдутся, например, музыканты, художники, спортсмены и т.д., их рекомендуется привлекать к участию в том или ином кружке, а некоторых при условии положительной характеристики их личности и желания заниматься этой деятельностью — использовать в качестве помощников руководителя кружка.

По сравнению с взрослыми осужденными в исправительных учреждениях количество участвующих

в кружковой работе лиц в ВК значительно отличается — 9,3 и 63,0% соответственно. Выявленное различие объясняется в первую очередь тем, что в ВК в работе с несовершеннолетними осужденными проблеме организации досуга, т.е., по сути дела, кружковой работе, уделяется повышенное внимание, которое во многом объясняется возрастными особенностями спецконтингента, не утраченной любознательностью, активностью, планами на будущее. Кроме того, в ВК данная работа во многом успешно организуется силами учителей общеобразовательных школ. Результаты проведенного исследования показали, что среди всех руководителей кружков учителя составляют значительную долю — 55,8%. Далее следуют: воспитатели — 27,4%, заведующие клубом и библиотечные работники — по 5,3%, психологи и мастера профессионального училища по — 3,1%.

Учителя общеобразовательных школ в ВК зачастую организуют предметные кружки, в которых осужденные — участники кружков, используя дополнительный материал, по сути дела, продолжают изучение того или иного предмета. Например, в ряде ВК действуют такие предметные кружки, как «Математическая смекалка», «Химия вокруг нас», «Занимательная грамматика» и много других. Кружковая работа с осужденными в школе — это дополнительная нагрузка на учителя-предметника, которая финансируется в соответствии с утвержденной тарификацией на учебный год и является обязательной. Программа предметного кружка планируется учителем, согласовывается на заседании методического объединения и утверждается директором школы ВК.

Если с предметными кружками, действующими в общеобразовательных школах ВК, более или менее все понятно и в целом благополучно, то с организацией разумного досуга осужденных, кружков по интересам в ИК возникают многочисленные проблемы. Авторы проведенного исследования акцентировали свое внимание именно на изучении данного аспекта деятельности с осужденными в ИК.

При организации кружков в ИУ рекомендуется следовать правилу исключительно добровольного участия осужденных в данных объединениях, поэтому устанавливать какое-либо фиксированное количество участников кружка нецелесообразно. В основе организации кружка должен лежать личный интерес участника к той или иной сфере досуговой деятельности (спорту, музыке, изобразительному ис-

кусству, прикладному творчеству и т.д.). Проведенное исследование свидетельствует о том, что самыми популярными среди осужденных являются следующие кружки по интересам: спортивные (27,4%), художественной самодеятельности, в том числе музыкальные (26,2%), прикладного творчества, в том числе резьбы по дереву, вышиванию и другие (17,9%).

К руководству кружками осужденных в ИУ рекомендуется привлекать представителей общественных и религиозных организаций, деятелей культуры, спортсменов. В этом отношении несомненную помощь могут оказать попечительские и общественные советы, созданные при ИУ и в территориальных органах УИС. Но подобная практика получила распространение только в половине обследованных учреждений (51,0%).

Рациональное использование осужденными свободного времени — это максимальное вовлечение их в полезную деятельность, а также исключение бесконтрольного досуга. При вовлечении осужденных в кружковую работу необходим индивидуальный внимательный подход. Кружковая работа, основанная на принципе добровольности, объединения по интересам, призвана формировать важные моральные качества личности, в особенности такие, как трудолюбие, аккуратность, собственное представление о себе и окружающем мире.

Комплектование кружков является важным этапом и проводится после перевода осужденных в жилые помещения. Количество осужденных в одном кружке, как мы уже говорили, не регламентируется. Все зависит от вида кружковой деятельности. Малочисленными могут быть в основном кружки, к которым предъявляются режимные требования безопасности и учет колюще-режущих инструментов, используемых для занятий. Например, кружки художественной обработки дерева, металла, вышивки, вязания и пирографии. Кружки прикладного и технического творчества чаще всего организовываются на базе профессионального училища ИУ.

Членами кружков в ИУ могут быть лица, отбывающие наказание в обычных и облегченных усло-

виях. Занятия осужденных в кружках, их общественная активность и инициативность могут учитываться сотрудниками ИУ, например при подготовке характеристик при оценке поведения в системе «социальных лифтов». Но законодательное закрепление как меры поощрения осужденного за участие в кружковой работе нецелесообразно. Удовлетворение законных интересов осужденных в сфере досуга в ИУ уже есть поощрение данных лиц.

В последние годы в учреждения УИС поступают неграмотные или малограмотные лица с высокой степенью социальной и педагогической запущенности и низким интеллектом. Чтение книг, по мнению самих осужденных, является источником интересной информации, отвлечением от монотонной жизни ИУ и приобщением к культуре. Рекомендуется использовать воздействие книги на осужденных в различных формах, в том числе с помощью тех кружков, которые создаются на базе библиотеки. Например, литературных кружков, клубов любителей книги. В связи с этим работа библиотекаря не должна сводиться только к выдаче книг, являясь не чем иным, как примитивным социальным стереотипом, минимизирующим вклад библиотек в систему воспитательной работы с осужденными.

В рамках, например, клуба любителей книги, библиотекари — руководители кружков рассказывают об истории книги, формировании библиотечного фонда, проводят литературные игры и викторины, беседы из цикла «Книги и нравственные категории», реализуя тем самым развивающую, информационную и образовательную функцию библиотек.

Таким образом, успешность организации досуга осужденных в ИУ во многом зависит от выявления их досуговых интересов, которые удовлетворяются в кружках и спортивных секциях, специальной подготовки и образования сотрудников к этой деятельности и адекватного материально-технического обеспечения. Правильно организованный досуг осужденных способствует их исправлению, воспитанию и ресоциализации.

УДК 614
ББК 57

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ДЕЛАМ ГИТЛЕРОВСКИХ ВОЕННЫХ ПРЕСТУПНИКОВ И ИХ ПОСОБНИКОВ

А.Е. ЕПИФАНОВ,

доктор юридических наук, профессор
кафедры конституционного
и муниципального права
Волгоградского государственного
университета

Аннотация. Рассматриваются организационные и правовые основы проведения судебно-медицинских и психиатрических экспертиз по делам гитлеровских военных преступников и их пособников в годы Великой Отечественной войны. Автором использованы впервые вводимые в научный оборот архивные материалы, в частности из уголовных дел о гитлеровских злодеяниях.

Ключевые слова: экспертные исследования, гитлеровские злодеяния, судебная медицина, судебная психиатрия, гитлеровские военные преступники и их пособники, чрезвычайная государственная комиссия, советское государство, органы следствия и суда.

FORENSIC AND PSYCHIATRIC EXPERT STUDIES ON THE CASES OF NAZI WAR CRIMINALS AND THEIR COLLABORATORS

A.E. EPIFANOV,

doctor of legal sciences, professor
of constitutional and municipal law
Volgograd State University

Annotation. In this article with historical and legal positions are considered institutional and legal framework for forensic and psychiatric examinations in cases of Nazi war criminals and their collaborators during World War II. When the author used for the first time entered into scientific circulation records, in particular of criminal cases about Nazi atrocities.

Keywords: expert studies, Hitler's atrocities, forensic medicine, forensic psychiatry, Nazi war criminals and their collaborators, emergency State Commission, the Soviet State, investigative bodies and the courts.

Организация и проведение беспрецедентных экспертных исследований являются одной из наиболее ярких страниц в уголовном преследовании гитлеровских военных преступников и их пособников. Именно они придали потрясающую убедительность обвинительным материалам на всех его стадиях. В свою очередь, в рамках производства по данной категории уголовных дел судебная экспертиза приобрела небывалые прежде масштабность и оригинальность выполняемых задач, а также используемых методов организации исследований.

Органы следствия и суда придавали огромное значение экспертным исследованиям, справедливо расценивая их как важнейшее условие полноценности собираемых обличительных материалов. Отсутствие экспертных заключений признавалось существенным недостатком проведенного расследования. Права экспертов и их взаимоотношения органами следствия и суда регулировались УПК РСФСР 1923 г., его статьями 22, 43, 45 48, 58 и 63 в частности.

Компетентные органы Советского государства воспользовались практически всеми существовавшими в то время видами судебных экспертиз, а также прибавили к ним новые. Наибольшее распространение в собственно уголовном процессе при производстве по делам данной категории получили судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы, порядок производства особенности которых заслуживают специального рассмотрения.

Путем специального научного исследования трупов, живых лиц и вещественных доказательств судебная медицина помогала судебным и следственным органам устанавливать сам факт насильственной смерти и ее род (убийство, в частности); выявлять способы совершения преступления, воссоздавать путем научного анализа (по следам крови на месте преступления, положению трупа, трупным явлениям, характеру повреждений и пр.) картину совершенного преступления, а иногда и отвергать возможность последнего. Например, помощником военного прокурора Прибалтийского военного округа П.И. Фаркиным 16 января 1946 г. по делу бывших военнослужащих вермахта Ф. Еккельна, З. Рурфа, Б. Павеля, А. Монтенона и других для дополнения имевшихся показаний свидетелей и документальных данных была назначена судебно-медицинская экспертиза. Перед экспертами, в число которых входили окружной судмедэксперт С.Н. Кривцов, заведующий кафедрой патологической анатомии медицинского факультета Латвийского государственного университета Э.М. Апсе

и судмедэксперт г. Риги К.К. Лотеряйко, были поставлены следующие вопросы: в течение какого периода и какими способами обвиняемые производили массовое истребление мирных советских граждан и военнопленных; какими способами производилось массовое истребление детей и в каких пределах колеблется их возраст; какими способами предпринимались попытки скрыть следы массового истребления мирных советских граждан и военнопленных; какие последствия влечет за собой стерилизация женщин¹.

Деятельность судмедэкспертов и их взаимоотношения с органами следствия, прокуратуры и суда в рассматриваемой сфере регулировались целым рядом специальных нормативных правовых актов. «Правила судебно-медицинского исследования трупов», изданные в 1929 г. Наркоматом здравоохранения РСФСР, определяли методы и технические приемы судебно-медицинского вскрытия трупов. «Положением о судебно-медицинской экспертизе», изданным в 1934 г. Наркоматами здравоохранения и юстиции СССР, определялись права и обязанности экспертов, объем их полномочий, приводились правила по составлению судебно-медицинских документов и т.д. 13 декабря 1952 г. министром здравоохранения СССР была утверждена Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР. Органы военной юстиции наряду с перечисленными нормативными правовыми актами руководствовались также Положением о судебно-медицинской экспертизе в Красной Армии, введенным в 1945 г. приказом НКО СССР № 13².

Судебно-медицинская экспертиза по делам военных преступников и пособников в СССР в период Великой Отечественной войны и в первые послевоенные годы осуществлялась специалистами практически всех имевшихся в данной сфере инстанций: городскими, районными межрайонными судмедэкспертами; республиканскими судмедэкспертами, автономных республик, краевыми и областными судмедэкспертами; в крупных краевых и областных центрах, столичных городах — заведующими городской судмедэкспертизы и старшими судмедэкспертами; главными судмедэкспертами наркоматов (министерств) здравоохранения союзных республик. Непосредственное участие в установлении и расследовании наиболее чудовищных злодеяний гитлеровцев принимал главный судмедэксперт Наркомата (Министерства) здравоохранения СССР, осуществлявший руководство судебно-медицинской экспертизой в масштабах всего Советского Союза.

Помимо перечисленных, в производстве по делам гитлеровских военных преступников и их пособников активно участвовали компетентные специалисты Государственного центрального научно-исследовательского института судебной медицины Наркомата (Министерства) здравоохранения СССР, кафедры судебной медицины различных вузов, а также (в условиях боевых действий прифронтовой полосы) частей и соединений Красной Армии.

В большинстве случаев судебно-медицинские исследования по делам гитлеровских военных преступников и их пособников носили комплексный характер, осуществлялись специалистами различного уровня и квалификации независимо от их ведомственной и иерархической принадлежности³. Вместе с тем при возникновении дел, имеющих принципиально важное значение, органами следствия и суда приглашались крупнейшие специалисты страны в области судебной медицины.

Как и в остальных случаях, судебно-медицинскими экспертами по делам рассматриваемой категории могли быть только лица, имевшие профессию врача после утверждения их в этой должности в установленном порядке.

При отсутствии судебно-медицинского эксперта исполнение его обязанностей порядке ст. 193 УПК РСФСР допускалось состоявшими на государственной службе и не заинтересованными в результатах исследования ближайшими к месту происшествия врачами. Отметим, что в политических интересах, при установлении и расследовании некоторых военных преступлений имели место отступления от данного правила. Например, в ряде случаев к производству судебно-медицинских экспертных исследований привлекались врачи — очевидцы или даже потерпевшие по делам о гитлеровских злодеяниях. Беспрецедентные судебно-медицинские исследования бы проведены в Освенциме, к которым следственными органами в качестве экспертов были привлечены бывшие заключенные лагеря — французские, венгерские и югославские профессора-врачи. Многие из них бы очевидцами и участниками огромного количества медицинских экспериментов немецких профессоров и врачей над заключенными лагеря, том числе женщинами и детьми.

¹ Центральный архив (ЦА) ЦА ФСБ РФ. Уголовное дело № Н-18313 по обвинению Еккельна Ф., Руффа З., Дитфура В., Беккинга А., и др. Т. 18. Л. 248.

² Сборник военного законодательства. М., 1945. С. 282–288.

³ Авдеев М.И. Судебная медицина. М., 1949. С. 18–19.

Проводить какие бы то ни было судебно-медицинские исследования лицам среднего медперсонала было категорически запрещено. Поэтому если в установлении и расследовании гитлеровских злодеяний и принимали участие медицинские работники, не имевшие необходимой квалификации (фельдшеры, медсестры и т.д.), то в качестве экспертов по делу они не рассматривались, а включались в комиссии по установлению и расследованию гитлеровских злодеяний как их обычные члены.

Практическая деятельность судебно-медицинских экспертов в уголовном преследовании гитлеровских военных преступников и их пособников основном происходила в двух направлениях: они участвовали в предварительном расследовании и на суде. Согласно примечанию 1 к ст. 63 УПК РСФСР, назначение судебно-медицинской экспертизы по уголовным делам рассматриваемой категории являлось обязательным как для следствия, так и для суда.

В ходе предварительного расследования эксперты проводили требуемые постановлением следователя исследования с потерпевшими от гитлеровских злодеяний живыми лицами либо их останками, а также вещественными доказательствами для выяснения медицинских или биологических вопросов, имевших существенное значение по делу. Часто необходимость в приглашении судмедэкспертов по уголовным делам данной категории возникала с самого начала расследования, уже на стадии осмотра мест гитлеровских злодеяний, в особенности связанных с массовым уничтожением советских граждан. Имея специальные познания, эксперт при этом был должен обратить внимание следователя на обстоятельства, имеющие существенное значение по делу (например, на повреждения трупов, свидетельствовавшие о пытках и издевательствах, либо вещественные доказательства, изъятие которых было необходимо для последующего освидетельствования). В подобных случаях эксперт участвовал вместе со следователем в составлении протокола осмотра и подписывал его совместно с другими участвовавшими в осмотре лицами. При этом, как правило, та часть протокола, которая посвящалась осмотру трупов, выделялась в самостоятельный раздел, составляемый под диктовку врача и подписываемый всеми участниками осмотра.

Например, раскопки ям, в которых находились 248 зверски замученных советских граждан в г. Купянске Харьковской обл., производила комиссия, в состав которой входила врачебно-медицинская часть. Последняя констатировала следы пыток и увечий на телах рас-

стрелянных. На основании того, что у многих жертв раны были не смертельными, медиками было сделано заключение о вероятности того, что этих людей сбрасывали в ямы и закапывали живьем.

Участие судмедэксперта в осмотре места преступления согласно действовавшему уголовно-процессуальному законодательству не являлось препятствием для назначения его в последующем экспертом по делу уже для дачи заключения по постановленным следователем вопросам. Напротив, практика показала преимущества назначения экспертом для дачи заключения по делу специалиста, принимавшего участие в осмотре места происшествия. Целесообразность этого вызывалась тем, что эксперт в подобных случаях самого начала был осведомлен о всех необходимых обстоятельствах дела.

По заявлению эксперта следователи истребовали или изымали вещественные доказательства и документы, дополнительно проводили допросы по тем обстоятельствам, которые имели значение для экспертизы. Так, руководствуясь именно этими соображениями, следователь следственного отдела Управления военной контрразведки (УКР) «Смерш» Северо-Кавказского фронта О.Ф. Купцов, 22 июня 1943 г. ввел в состав экспертной комиссии для исследования массовых захоронений жертв гитлеровцев в Краснодаре и Краснодарском крае главного судмедэксперта Красной Армии М.И. Авдеева, который ранее уже проводил осмотр и вскрытие трупов на отдельных участках мест захоронений в начальной стадии расследования по предложению военного прокурора фронта⁴.

Экспертиза в судебном заседании проводилась при вызове эксперта в суд согласно правилам, предусмотренным уголовно-процессуальным законодательством. При этом от него также истребовалось заключение в письменном виде по поставленным вопросам, которое затем приобщалось к делу согласно ст. 298 УПК РСФСР. Чтобы избежать ошибок, эксперты проверяли записи судебного протокола и исправляли имевшиеся в нем неточности.

На судебном следствии эксперты разъясняли суду те данные, которые были добыты ими при производстве экспертизы на следствии, отвечали на дополнительные вопросы, возникшие в суде. Например, на известном Новгородском процессе Военный трибунал Ленинград-

⁴ ЦА ФСБ РФ. Уголовное дело № Н-16708 о зверствах немецко-фашистских захватчиков и их пособников на территории г. Краснодара и Краснодарского края в период их временной оккупации. Т. 4. Л. 1368.

ского военного округа 27 декабря 1947 г. заслушал специальное сообщение судмедэксперта В.С. Влодзимирского, который ранее по предложению Чрезвычайной государственной комиссии (ЧГК) принимал непосредственное участие в расследовании гитлеровских злодеяний. В нем он подтвердил, что исследованные экспертами трупы не являлись естественными потерями, т.е. телами лиц, погибших в бою, а принадлежали жертвам оккупантов из числа мирных жителей и советских военнопленных⁵.

В некоторых случаях, когда в этом возникала необходимость, судмедэксперты совместно с составом суда принимали участие в выездах для осмотра мест гитлеровских злодеяний. Согласно ст. 171 УПК РСФСР экспертам предоставлялось право знакомиться с обстоятельствами дела, а также задавать вопросы как обвиняемому, так и свидетелям. Например, в ходе судебного заседания на известном Краснодарском процессе, подсудимый И.А. Речкалов на вопросы главного судмедэксперта НКЗ СССР, директора ЦНИИ судебной медицины В.И. Прозоровского пояснил, что применявшиеся гитлеровцами автомобили-душегубки загружались преимущественно раздетыми людьми. Ему приходилось извлекать из этой машины трупы бледно-желтого цвета с синяками, после чего в ее кузове оставались следы человеческих испражнений. Показания Речкалова, принимавшего участие в уничтожении мирных советских граждан и военнопленных в указанном автомобиле в совокупности с другими доказательствами по делу были использованы экспертной комиссией для выявления научно-объективных признаков отравления нацистских жертв угарным газом, изложенных затем в специальном заключении, приобщенном к протоколу судебного заседания⁶.

Эксперты не были пассивными участниками процесса. Напротив, они активно помогали правосудию в деле изобличения военных преступников и их пособников. Нередко в порядке личной инициативы и исполнения своего служебного долга они обращали внимание судебно-следственных органов на обстоятельства и факты, имевшие значение как для предварительной расследования, так и судебного разбирательства. Например, судебно-медицинская экспертиза помогла впервые установить в Харькове и его окрестностях такую характерную особенность гитлеровских злодеяний, как сокрытие следов массового уничтожения советских граждан путем сожжения их трупов⁷.

Практическая работа судебно-медицинских экспертов по делам гитлеровских военных преступников и их

пособников осуществлялось только в учреждениях, специально предусмотренных для этой цели (моргах, судебно-медицинских амбулаториях и лабораториях, как правило, снабженных для этого биологическими, судебно-химическими, гистологическими и медико-криминалистическими отделениями). Учитывая практикованные гитлеровцами методы уничтожения советских людей, массовый характер захоронений жертв злодеяний, а также настойчивые попытки скрыть их следы, эксперты часто проводили исследования непосредственно на месте военных преступлений.

При производстве по данной категории уголовных дел судмедэкспертами применялись такие формы и методы исследований, как обследование и измерение территории мест захоронений для обнаружения ям-могил и определения их величины; выявление замаскированных могил; изучение положения трупов в ямах-могилах; эксгумация и судебно-медицинское исследование трупов; судебно-химические и спектроскопические исследования. При проведении исследований эксперты опирались на судебно-медицинские документы, составленные ранее, а также на следственные материалы. Необходимо отметить, что при массовом характере захоронений жертв гитлеровских злодеяний в процессе их эксгумации экспертам представлялось возможным исследовать содержимое лишь отдельных могил либо их некоторые участки. В ряде случаев для определения количества жертв гитлеровских злодеяний, а также обстоятельств последних, экспертам приходилось довольствоваться лишь косвенными данными.

Например, нацисты тщательно уничтожили следы своих преступлений в Освенциме. Поэтому следствию в лице Чрезвычайной государственной комиссии и действовавшей по ее поручению Военной прокуратуры 1-го Украинского фронта не удалось воспользоваться документами, которые могли бы показать точное количество людей, уничтоженных в расположенном там гигантском концлагере. Лишь благодаря специальной технической экспертной комиссии, включавшей компетентных специалистов из Кракова, которая исследовала пропускную способность пяти сохранившихся крема-

⁵ ЦА ФСБ РФ. Уголовное дело № Н-19094 по обвинению К. Герцога, Ф. Мюнх, И. Руппрехта и др. Т. 51. Л. 48.

⁶ ЦА ФСБ РФ. Уголовное дело № Н-16708 о зверствах немецко-фашистских захватчиков и их пособников на территории г. Краснодара и Краснодарского края в период их временной оккупации. Т. 13. Л. 125.

⁷ Там же. Уголовное дело № Н-16707 «Харьковский процесс над немецкими военными преступниками». Т. 6. Л. 4.

ториев, показаниям освобожденных узников и 200 свидетелей, а также некоторым вещественным доказательствам в марте 1945 г. было установлено, что за все время существования Освенцимского лагеря нацисты уничтожили в нем не менее четырех миллионов человек⁸.

При всех судебно-медицинских действиях составлялись официальные экспертные документы: акты (при исследовании трупов, вещественных доказательств или материалов дела) и свидетельства (при исследовании живых лиц)⁹.

Необходимым условием для назначения военным преступникам и их пособникам мер медицинского характера в виде принудительного лечения в специальных психиатрических учреждениях, соединенных с изоляцией, являлось заключение судебно-психиатрической экспертизы. Ее проведение регулировалось Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР, утвержденной 17 февраля 1940 г. Наркоматами здравоохранения, внутренних дел, юстиции и Прокуратурой СССР¹⁰. 31 мая 1954 г. министром здравоохранения СССР по согласованию с министрами юстиции, внутренних дел и Генеральным прокурором СССР была утверждена новая Инструкция в той же сфере¹¹. Органы военной юстиции руководствовались также Положением о судебно-психиатрической экспертизе в Красной Армии, введенном в 1943 г. приказом НКО СССР № 225¹².

Судебно-психиатрическая экспертиза находилась в ведении органов здравоохранения и могла проводиться стационарно (т.е. в специальном судебно-психиатрическом учреждении), у следователя и в суде. В исключительных случаях она могла проводиться по материалам дела — заочно, в отсутствие испытуемого. В производстве по делам гитлеровских военных преступников их пособников необходимость в проведении судебно-психиатрической экспертизы возникала достаточно часто. Согласно примечанию 1 к ст. 63 УПК РСФСР в случаях, когда у суда или следователя возникали сомнения по поводу психического состояния обвиняемого или свидетеля, назначение экспертизы для его определения было обязательным. Несоблюдение данного правила порой приводило к тяжелым последствиям.

Так, суду был предан некто Багрий, обвинявшийся в том, что поступил на службу в карательный отряд СС, в составе которого принимал непосредственное участие в вооруженном подавлении партизанского движения на территории Белоруссии, а также активно участвовал в расстреле до тысячи советских граждан и сожжении ряда населенных пунктов.

Указанное обвинение основывалось на его рассказах о своих похождениях в оккупированных районах БССР. Одновременно Багрий оговорил еще 45 человек как соучастников совершенных карательным отрядом злодеяний. Никаких других данных по рассматриваемому делу в подтверждение его показаний следствием добыто не было. Между тем, само поведение Багрия, так же как и его высказывания, вызывали серьезные сомнения в его психической полноценности. В этой связи, поскольку судебно-психиатрическая экспертиза на предмет установления его вменяемости проведена не была, в марте 1945 г. военным трибуналом 31-й армии 3-го Белорусского фронта данное уголовное дело было возвращено на дополнительное расследование¹³.

Существенными особенностями отличались экспертные исследования, проводившиеся по поручению Чрезвычайной государственной комиссии и ее структур. Широко их практикуя, ЧГК в то же время практически не связывала себя общепринятыми при осуществлении судопроизводства условностями. Например, являясь, по сути, органом расследования, член ЧГК профессор-хирург Н.Н. Бурденко, в ходе проводимых им лично расследований часто сам становился экспертом¹⁴. Так, расследуя гитлеровские злодеяния в г. Орле и Орловской области, Н.Н. Бурденко в то же время состоял в судебно-медицинской экспертной комиссии, действовавшей там же и по тому же поводу¹⁵. Он же возглавил и состав судебно-медицинской экспертно комиссии в Смоленске, где также лично принимал участие в расследовании как член Чрезвычайной государственной комиссии.

Проведение ЧГК экспертных исследований жертв гитлеровских злодеяний в Смоленске и Смоленской обл. заслуживают более подробного рассмотрения, поскольку они являются наиболее характерным их примером и позволяют продемонстрировать особенности экспертиз данной категории.

В указанную судебно-медицинскую экспертную комиссию ЧГК были привлечены: главный судмедэксперт Наркомздрава СССР В.И. Прозоровский, профессор

⁸ Правда. 1945. 8 мая.

⁹ Татиев К.И. Судебная медицина. М., 1947. С. 3–9.

¹⁰ Сборник приказов и инструкций Министерства юстиции СССР за 1936–1948 гг. М., 1949. С. 131–136.

¹¹ Архив Военной Коллегии Верховного Суда (ВК ВС) РФ. Оп. 3. П. 8. Д. 254. Л. 191–194.

¹² Сборник военного законодательства. М., 1945. С. 279–282.

¹³ Архив ВК ВС РФ. Оп. 8. П. 30. Д. 19/11. Л. 140–150.

¹⁴ На основании ст.ст. 43, 45 и 48 УПК РСФСР эксперт подлежал отводу, если он ранее участвовал по делу в качестве свидетеля, лица производившего дознание, следователя, обвинителя, защитника или представителя интересов потерпевшего.

¹⁵ Правда. 1943, 8 сент.

кафедры судебной медицины 2-го Московского медицинского института В.М. Смолянинов, старший научный сотрудник танталогического отделения государственного НИИ судебно-медицинской экспертизы Наркомздрава СССР П.С. Семеновский, старший научный сотрудник судебно-химического отделения указанного НИИ П.С. Швайкова.

Экспертная комиссия в период с 1 по 16 октября 1943 г. произвела эксгумацию и судебно-медицинское исследование трупов в Смоленске и его окрестностях в целях установления личности покойных, диагностики причин смерти, определения количества погребенных и срока давности погребения. Результаты судебно-медицинских, судебно-химических и спектроскопических исследований, а также изучения следственных документов позволили экспертной комиссии прийти к заключению о том, что в обследованных пунктах количество трупов советских граждан, умерщвленных и погибших в период оккупации, превышает 135 тысяч.

Комиссией было раскрыто 87 мест захоронений, эксгумировано и исследовано 1173 трупа. Среди причин смерти отмечены огнестрельные ранения головы и грудной клетки, множественные переломы костей черепа. В части случаев, основываясь на судебно-медицинских данных, комиссия сочла, что причиной смерти послужили голодание или острые инфекционные болезни. В отношении другой части трупов, принимая во внимание показания ряда свидетелей, комиссия предположила, что причиной смерти могло явиться отравление окисью углерода в специальных автомашинах.

Комиссия обратила внимание на то обстоятельство, что на эксгумированных трупах обуви не было. Одежда, как правило, также отсутствовала или состояла из поношенного нижнего белья. Из этого комиссией был сделан вывод о том, что снятие представлявших ценность обуви и одежды, постоянно, в обязательном, узаконенном порядке предшествовало уничтожению советского населения. В тех случаях, когда на трупах была одежда, документов, удостоверяющих личность в карманах покойных, за крайне редким исключением, не обнаруживалось. Отсюда комиссия сделала заключение о намеренном обезличивании убиваемых и погибших для сокрытия совершенных злодеяний.

Экспертными данными, а также свидетельскими показаниями комиссия с бесспорностью констатировала широко применявшиеся немецким командованием следующие способы истребления советского мирного населения и военнопленных в Смоленске: а) массовые

расстрелы, а также раздробления костей черепа тупым твердым предметом — у мужчин, женщин, подростков и детей; б) в качестве другой формы насильственного умерщвления военнопленных и арестованных, содержащихся в концлагерях, — установление такого режима питания, который вызывал голодание и в кратчайший срок приводил к смерти от истощения; в) недопустимую антисанитарную обстановку и намеренное создание огромной скученности в лагерных помещениях при фактическом отсутствии медицинской помощи, что приводило к возникновению эпидемий инфекционных болезней с неизбежным смертельным исходом.

Последнее обстоятельство экспертной комиссией было расценено как специально организованное мероприятие по уничтожению военнопленных и арестованных. Таким образом, судебно-медицинская экспертная комиссия, всесторонне исследовав всю совокупность применявшихся способов уничтожения, их систематичность и массовость неопровержимо доказала, что в Смоленске немецко-фашистскими властями в течение всего периода оккупации проводилось планомерно организованное истребление мирного населения и военнопленных. Заключение и выводы экспертов содержались в составленном ею акте. Последний был присовокуплен к сообщению Чрезвычайной государственной комиссии «О разрушении г. Смоленска и злодеяниях, совершенных немецко-фашистскими захватчиками над советскими гражданами»¹⁶.

Заключения экспертных комиссий, действовавших по поручению ЧГК были максимально упрощены и адаптированы к восприятию широкими массами общественности, поскольку их публиковали наряду с ее сообщениями. Участие в них члена ЧГК позволяло некоторым их выводам содержать юридическую оценку исследуемых обстоятельств¹⁷.

Отметим ряд специальных экспертных исследований, проведенных лично Н.Н. Бурденко, который еще при своих расследованиях в г. Орле увлекся выяснением «технологии уничтожения» гитлеровцами советских людей. Особую актуальность эта работа приобрела связи с известными событиями в Катинском лесу, после чего 23 марта 1944 г. ЧГК было принято специальное

¹⁶ Правда. 1943, 6 нояб.

¹⁷ Согласно действовавшим в рассматриваемой сфере правилам, от эксперта недопустимо было требовать дачи заключения по вопросам юридическим, например о том, виновен или не виновен обвиняемый в совершении преступления. Вопросы вины, умысла и т.д. относились при этом к исключительной компетенции следователя и суда.

постановление «О работе по исследованию и установлению метода расстрела немецко-фашистскими захватчиками советских граждан»¹⁸.

В соответствии с этим постановлением Главному военно-санитарному управлению РККА было поручено отдать приказ военно-судебным врачам и патологоанатомам воинских соединений принять участие в эксгумации и исследовании трупов замученных советских граждан. По просьбе ЧГК наркомы внутренних дел и государственной безопасности СССР в этой же связи дали распоряжение свои местным органам собирать материалы, характеризующие немецкий метод расстрелов. Н.Н. Бурденко и сотрудником ЧГК И.С. Макаровым были разработаны особая инструкция о порядке производства обследования могил, вскрытия трупов, а также формы документов (актов, описей и т.д.), которыми должны были оформляться раскопки.

Методика по составлению и опубликованию сообщений (коммюнике) ЧГК также содержала специальный раздел, посвященный организации и проведению экспертных исследований. В соответствии с ее требованиями судмедэксперты включались в «авторитетные комиссии» по обследованию трупов жертв нацистов, наряду с представителями местных властей, общественных и религиозных общин.

Методика предписывала: в случае если в городе нет медработников, которых можно было бы привлечь в качестве судмедэкспертов, следует обращаться к командующему армией или фронтом с просьбой об откомандировании для вскрытия трупов соответствующих специалистов.

Материальное обеспечение раскопок обычно производили органы НКВД, комендант города или санитарное учреждение войсковой части, расположенной в данном населенном пункте. Рабочую силу предоставлял военный комиссар из новобранцев или местного населения. Поддержание порядка во время производства раскопок и охрану трупов в ночное время обеспечивала милиция. Общее руководство раскопками возлагалось на органы НКВД или НКГБ СССР.

Судебно-медицинские, судебно-химические и спектроскопические исследования проводились экспертами из местных лабораторий, а за отсутствием таковых — в патологоанатомических лабораториях фронтов, армий или других воинских соединений (по договоренности с их командованием).

Результаты исследований трупов фиксировались специальным заключением, а также актом, в котором

указывались: описание местности по месту расположения могил; их количество и размеры, число трупов в каждом месте захоронения, расположение трупов в могилах; количество похороненных мужчин, женщин и детей с указанием их возраста; способа погребения; результаты наружного осмотра трупов, их позы.

Согласно предписаниям методики, раскопки мест захоронений фотографировались или снимались на киноплёнку. Особое внимание обращалось на то, что трупы необходимо снимать у разрытых ям, из которых они были извлечены, но ни в коем случае не обособленно, так как в этом случае создавалось впечатление инсценировки.

При необходимости методика давала указание проводить специальную экспертизу одежды, документов, оружия, почвы и прочего, что имело отношение к делу, для чего привлекались специалисты из данной области. Одна из характерных комплексных экспертиз была проведена Чрезвычайной государственной комиссией на мысе Пуот-Ниemi, около Выборга, где 1 апреля 1944 г. красноармейцы обнаружили подвал, заполненный трупами советских военнопленных, замученных финнами. Судебно-медицинской экспертизе были подвергнуты 152 трупа.

Интендантской экспертизой при этом было установлено, что все предметы обмундирования на них относятся к образцам, принятым на снабжение Красной Армии до 1940 г. Произведенной Ботаническим институтом АН СССР экспертизой экземпляров берез и кленов с места обнаружения трупов было установлено, что они имеют возраст 3—4 года. Все это в совокупности со свидетельскими показаниями позволило отнести установленное злодеяние к периоду советско-финской войны 1939—1940 гг.¹⁹.

С учетом изложенного следует признать, что злодеяния и материальный ущерб, причиненные гитлеровскими военными преступниками и их пособниками Советскому государству и его народу подтверждались квалифицированными экспертными исследованиями, составленными ведущими специалистами по правилам действовавшего уголовно-процессуального законодательства, а также ведомственных нормативно-правовых актов. Некоторые отступления допускались лишь в рамках экспертных исследований, проводимых Чрезвычайной государственной комиссией, и объяснялись особенностями ее организации и деятельности.

¹⁸ ГАРФ. Ф. 7021. Оп. 116. Д. 38. С. 1—11.

¹⁹ ГАРФ. Ф. 7021. Оп. 116. Д. 401. С. 3.

УДК 614
ББК 57

ЦЕЛИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА, СОЕДИНЕННЫХ С ИСПОЛНЕНИЕМ НАКАЗАНИЯ

Ю.А. МАЛКИНЕН,

доктор медицинских наук,
ведущий научный сотрудник
Института гуманитарных технологий,
E-mail: malkinen@yandex.ru;

Н.Д. ЭРИАШВИЛИ,

кандидат юридических наук,
доктор экономических наук, профессор

Аннотация. Представлен доктринальный анализ целей принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания. Показано, что лечение психических расстройств, не исключающих вменяемости, направлено на создание условий по достижению целей наказания.

Ключевые слова: психические расстройства, принудительные меры медицинского характера, исполнение наказания.

OBJECTIVES COERCIVE MEASURES MEDICAL NATURE CONNECTED TO THE EXECUTION OF PUNISHMENT

JU.A. MALKINEN,

Doctor of Medicine, Leading researcher,
Institute for Humanitarian Technologies
N.D. ERIASHVILI,

Candidate of Legal Sciences,
Doctor of Economic Sciences, Professor

Annotation. Presented doctrinal analysis of the objectives of compulsory measures of medical nature, connected with the execution of punishment. Shown that the treatment of mental disorders, not excluding sanity, aimed at the creation of conditions to achieve the goals of punishment.

Keywords: mental disorders, coercive measures of the Medical character, execution of the sentence.

В ст. 18 УИК РФ сказано: «1. К осужденным к принудительным работам, аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний, по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера.

2. Если во время отбывания указанных в части первой настоящей статьи видов наказаний будет установлено, что осужденный страдает психическим расстройством, не исключающим вменяемости, которое связано с опасностью для себя или других лиц, администрация учреждения, исполняющего указанные виды наказаний, направляет в суд представление о применении к такому осужденному принудительных мер медицинского характера»¹.

Целями применения принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, являются излечение лиц, страдающих психическим расстройством, не исключающим вменяемости, или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части УК России².

Согласно ст. 95 УК Польши, осуждая лицо к наказанию лишением свободы за преступление, совершенное в состоянии ограниченной вменяемости, суд может постановить поместить виновного в пенитенциарное учреждение, в котором применяются специальные лечебные и реабилитационные средства в целях предупреждения совершения им нового преступления, т.е. в статье сформулирована только цель превенции³.

Согласно ст. 100 УК Республики Беларусь, «принудительные меры безопасности и лечения могут быть назначены судом наряду с наказанием в отношении совершивших преступление лиц, признанных уменьшенно вменяемыми, с целью создания условий для лечения и достижения целей уголовной ответственности». Комментируя эту норму, белорусские коллеги пишут, что при применении принудительных мер безопасности и лечения к лицам, признанным уменьшенно вменяемыми, ставятся цели не только их лечения, но и создания надлежащих медико-педагогических усло-

¹ Федеральный закон «Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации» от 8 января 1997 г. № 1-ФЗ // СЗ РФ. 1997. № 2. Ст. 198.

² Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

³ Спасенников Б.А. Принудительное психиатрическое лечение социопатических расстройств // Медицинское право. 2016. № 4. С. 46—50.

вий для достижения целей уголовной ответственности⁴. Лечение психического расстройства для достижения целей уголовной ответственности, на наш взгляд, весьма значимо в пенитенциарной практике.

Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания, предусмотрены уголовными законами Литвы, Украины, Казахстана, Таджикистана, Узбекистана, Азербайджана, Киргизии в целях излечения лиц, страдающих психическим расстройством, не исключающим вменяемости, или улучшения их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части соответствующего уголовного закона⁵.

В тексте УК РФ не дано определение принудительных мер медицинского характера, но сформулированы их цели. Это сделано впервые в истории уголовного законодательства нашей страны⁶. На наш взгляд, определение целей даже при отсутствии раскрытия самого понятия помогает понять их сущность, дает возможность в юридической практике решать вопросы назначения, изменения, продолжения и прекращения принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания. Если цели принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, не достигнуты, то их прекращение неправомерно⁷.

Важно и то обстоятельство, что приоритетными называются интересы достижения психического здоровья человека, а не интересы государства, как это указывалось в ст. 11 УК РСФСР 1926 г. и подразумевалось в ст. 58 УК РСФСР 1960 г.⁸ Цели принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, сочетают в себе интересы лица, страдающего психическим расстройством, и интересы общества⁹.

Верным является то мнение Н.И. Пикурова, что сопоставление юридических целей применения принудительного лечения и целей наказания позволяет заметить не только существенное различие в их содержании, но и их некоторое сходство. Общим для них является предупреждение совершения новых деяний, которые причиняют вред охраняемым уголовным правом отношениям. Для лиц, страдающих психическим расстройством, не исключающим вменяемости, применение принудительных мер медицинского характера создает условия реализации также другой цели наказания: исправления осужденного,

его ресоциализации¹⁰. Отметим, что эффективность достижения данных целей в отношении рассматриваемой категории осужденных затруднено при отбытии ими длительных сроков лишения свободы, поскольку продолжительная изоляция от общества патогенно влияет на результаты лечения и достижение целей применения принудительных мер медицинского характера¹¹.

Цели принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, не совсем совпадают с целями медицинской помощи осужденным. Медицинская помощь осужденным направлена на профилактику заболеваний (например, профилактику туберкулеза и др.), их лечение (например, лечение травм и др.)¹². Заметим, что ряд теоретиков неоправданно исключают профилактику из общих задач медицинского мер. Общие задачи медицинских мер входят в задачи принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, как некая составляющая, отражающая лишь один аспект применения принудительного лечения¹³.

Но не менее, а, может быть, более важна другая, юридическая цель их применения — предупреждение совершения новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части российского уголовного за-

⁴ Белоус В.Г., Голодов П.В., Спасенников Б.А. Актуальные проблемы юридической психологии // Вестник международного Института управления. 2015. № 1-2 (131-132). С. 26—32.

⁵ Агеева М.П. Виды принудительных мер медицинского характера (комментарий статьи 99 Уголовного кодекса Российской Федерации) // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 3-4 (43-44). С. 49—51.

⁶ Вилкова А.В., Спасенников Б.А. О судебной оценке состояния опьянения // Российский судья. 2015. № 1. С. 27—30.

⁷ Шинакова М.В. Невменяемость (сравнительно-правовой аспект) // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 3-4 (43-44). С. 62—69.

⁸ Белоус В.Г. Критический анализ научных публикаций, посвященных проблеме невменяемости // Актуальные вопросы образования и науки. 2013. № 5-6. С. 109.

⁹ Спасенников Б.А. К вопросу о вменяемости подсудимого // Российский судья. 2013. № 4. С. 19—22.

¹⁰ Спасенников Б.А. К вопросу о целях принудительных мер медицинского характера // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2012. № 17. С. 12—16.

¹¹ Белоус В.Г., Дивитаева О.А. О научной школе медицинского права НОУ ВПО «Институт управления» // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 2 (18). С. 11—16.

¹² Спасенников Б.А. Клинико-криминологический анализ неврастения у осужденных // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2014. № 4. С. 31—37.

¹³ Спасенников Б.А. Клинико-криминологический анализ расстройств личности у осужденных // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2014. № 2. С. 33—40.

кона. Цели принудительного лечения диалектически взаимосвязаны¹⁴. Применяемые во время принудительного лечения средства и методы служат одновременно достижению обеих названных в статье целей. Следует согласиться с тем, что «без достижения целей медицинского характера невозможно даже приближение к целям юридического характера»¹⁵.

С.В. Бородин пишет, что в ст. 98 УК РФ цели «указаны, но сформулированы достаточно скупо и нуждаются, поэтому, в расшифровке. Применяемые во время принудительного лечения медицинские средства и методы обычно служат одновременно достижению обеих названных в статье целей. Можно выделить следующие решаемые при этом конкретные задачи: 1) излечение или такое улучшение состояния больного, при котором он перестает представлять общественную опасность; 2) предупреждение совершения лицом нового общественно опасного деяния или преступления как во время лечения, так и после его завершения; 3) обеспечение безопасности больного от посягательств на свою собственную жизнь и здоровье; 4) проведение социальной реабилитации (выработка социально приемлемых навыков жизни в обществе) в той мере, в какой это возможно в условиях медицинских учреждений, осуществляющих принудительное лечение»¹⁶.

Рассматривая цели принудительного лечения, В.П. Котов необоснованно пишет: «Под излечением не следует понимать только выздоровление под влиянием медикаментозной терапии. Понятие лечения включает и помещение в стационар с определенным режимом, и такие средства, как психотерапия, трудотерапия, и различные меры, направленные на восстановление социальной адаптации (реабилитационные)». Однако приставка «из» в слове «излечение» придает слову такое же значение, как в словах «извлечение», «изъятие», т.е. завершение какого-либо процесса. Под «излечением» в законе подразумевается именно завершение процесса лечения, выздоровление, достижение психического здоровья лица¹⁷.

Аналогичной точки зрения придерживается Н.Г. Иванов, указывающий, что, «называя в качестве основных целей применения принудительных мер медицинского характера излечение психически аномальных или улучшение их психического состояния, законодатель имел в виду совершенно конкретный итог, достижение которого способно обезопасить об-

щество от правонарушений со стороны лиц с психическими отклонениями»¹⁸.

Достижимо ли излечение от психических расстройств, т.е. достижима ли цель, предусмотренная законом?

К сожалению, излечение, выздоровление лиц, страдающих хроническим психическим расстройством (коих абсолютное большинство среди направленных на принудительное лечение), трудно достижимо при современном состоянии психиатрической науки и практики¹⁹.

Излечение от временного психического расстройства достигается при купировании этого патологического состояния²⁰.

Сегодня очевидна невозможность добиться излечения, выздоровления лица, страдающего слабоумием²¹.

Что же касается лиц, страдающих иными болезненными состояниями психики, то перспективы их принудительного излечения зачастую весьма сомнительны. В разряд этих психических расстройств попадает патология, резистентная к принудительному лечению. Особенно наглядно это проявляется в местах изоляции от общества, где лечение данных лиц не дает ожидаемого результата²².

¹⁴ *Бычкова А.М.* Рецензия на работу «Психические расстройства и их уголовно-правовое, криминологическое, уголовно-исполнительное значение (история, теория, уголовно-правовое регулирование, практика)» докт. юрид. наук, докт. мед. наук, проф. Б.А. Спасенникова // Актуальные вопросы образования и науки. 2012. № 5-6 (33-34). С. 149, 150.

¹⁵ *Спасенников Б.А.* Лечебно-диагностическая тактика при расстройствах личности в практике пенитенциарной медицины // Российский медицинский журнал. 2015. Т. 21. № 6. С. 33—36.

¹⁶ *Спасенников Б.А.* Медико-правовые аспекты невменяемости в иностранном законодательстве // Медицинское право. 2015. № 6. С. 26—31.

¹⁷ *Кожин Г.В.* Основания применения принудительных мер медицинского характера (комментарий ст. 97 Уголовного кодекса Российской Федерации) // Вестник международного Института управления. 2014. № 1-2 (125-126). С. 54—57.

¹⁸ *Спасенников Б.А.* О значении неврастения в преступном поведении // Трудный пациент. 2015. Т. 13. № 3. С. 41—45.

¹⁹ *Спасенников Б.А.* Общественно опасные деяния больных психическими расстройствами // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2012. № 4 (20). С. 8—11.

²⁰ *Колпакова А.О.* Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания // Вестник международного Института управления. 2014. № 1-2 (125-126). С. 58—61.

²¹ *Спасенников Б.А.* Префронтальная кора головного мозга и криминальное поведение // NovalInfo.Ru. 2015. Т. 1. № 36. С. 213—216.

²² *Спасенников Б.А.* Прецентральная кора, миндалина, гиппокамп и преступное поведение: научная гипотеза // NovalInfo.Ru. 2015. Т. 1. № 36. С. 220—222.

Это обуславливает следующее положение об «улучшении их психического состояния» как своеобразной задаче-минимуме при проведении принудительного лечения. О «программе-минимуме» говорится и в Курсе уголовного права: «Принудительные меры медицинского характера направлены на защиту как интересов лиц, страдающих психическими расстройствами и совершивших преступление, излечение таких лиц или как программу-минимум — улучшение их психического состояния и социальную адаптацию, так и интересов общества — предупреждение возможных общественно опасных действий с их стороны в будущем»²³.

В этой формулировке («улучшение психического состояния») кроется архиважная проблема. Каким должно быть «улучшение психического состояния», на основании каких критериев можно считать, что оно достигнуто, общественная опасность лица, страдающего психическим расстройством, исчезла? Не является ли суждение психиатров преждевременным? Многие авторы обходят молчанием эту серьезную проблему. Однако замалчивание проблемы не способствует ее решению²⁴.

Р.И. Михеев под «улучшением психического состояния» понимает «частичное исчезновение синдромов психических расстройств, при котором достигается стойкая ремиссия, которая, однако, не означает излечение лица, но определяет способность лица осознавать характер и социальную значимость своих действий и руководить ими, то есть исключает опасность его поведения как для себя, так и для общества, для окружающих его других людей»²⁵. Н.Г. Иванов полагает, что под «улучшением психического состояния» следует понимать «частичное исчезновение синдромов психических аномалий. При этом достигается стойкая ремиссия, которая не означает излечения лица, но даст ему возможность осознавать социальную значимость собственного поведения, купировать агрессию и исключает опасность лица для общества»²⁶.

Под улучшением психического состояния понимаются исчезновение общественной опасности лица, связанной с имеющимся психическим расстройством; достижение устойчивой способности этого лица к осознанно-волевой регуляции поведения, исключающей возможность совершения нового деяния, под влиянием психического расстройства; осознание лицом необходимости добровольного на-

блюдения и лечения у психиатра после погашения (снятия) судимости²⁷.

Лица, которые не достигли излечения, выздоровления должны принудительно амбулаторно наблюдаться и лечиться у психиатра весьма продолжительное время, т.е. регулярно посещать психиатра до излечения, выздоровления либо улучшения психического состояния²⁸. Продлевая принудительное амбулаторное наблюдение и лечение до выздоровления, излечения, закон обязывает и психиатров, и осужденных активнее решать проблемы профилактики обострения психического расстройства²⁹.

Принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания, не имеют цели общей превенции³⁰.

Предупреждение совершения новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части уголовного закона, возможно при последовательном решении двух задач³¹. Во-первых, это превенция возможности совершения таких деяний в период применения принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания. Решение этой задачи связано со сроком их применения, который может продлеваться, если лицо продолжает представлять опасность как для себя, так и для окружаю-

²³ Пономарев С.Б., Пустовалов А.Р. Рецензия на монографию Б.А. Спасенникова, С.Б. Спасенникова «Уголовно-правовое значение состояния опьянения» // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 1-2. С. 106—108.

²⁴ Спасенников Б.А. Принудительное лечение психических расстройств (историко-медицинский аспект) // Актуальные вопросы образования и науки. 2016. № 1-2 (53-54). С. 37—43.

²⁵ Спасенников Б.А. Принудительное психиатрическое лечение социопатических расстройств, соединенное с исполнением наказания // Вестник Кузбасского института. 2015. № 3 (24). С. 115—120.

²⁶ Швырев Б.А., Болбат Н.А., Кудряшов О.В., Дивитаева О.А. Синдром нетерпения и криминальное поведение // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 4 (20). С. 18—20.

²⁷ Спасенников Б.А. Проблемы законности продления, изменения и прекращения применения принудительных мер медицинского характера // Вестник Академии Генеральной прокуратуры Российской Федерации. 2015. Т. 49. № 5. С. 15—19.

²⁸ Спасенников Б.А. Продление, изменение и прекращение принудительных мер медицинского характера в судебной практике // Российский судья. 2012. № 1. С. 9—12.

²⁹ Швырев Б.А., Белоус В.Г., Кудряшов О.В. Психические расстройства и уголовная ответственность в иностранном уголовном законодательстве // Актуальные вопросы образования и науки. 2015. № 5-6 (51-52). С. 65—73.

³⁰ Спасенников Б.А. Психологическая помощь как средство исправления осужденных // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2015. № 2 (30). С. 70—71.

³¹ Спасенников Б.А. Расстройства личности у осужденных в уголовно-исполнительной практике // Вестник Кузбасского института. 2015. № 1 (22). С. 25—32.

щих³². Во-вторых, предупреждение новых деяний предусматривает такое улучшение психического состояния, которое исключает вероятность совершения новых деяний после отмены принудительного лечения, соединенного с исполнением наказания³³. Практика свидетельствует, что после преждевременного окончания принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, больной достаточно часто прекращает медикаментозное лечение³⁴. Это может вызвать обострение, декомпенсацию психического расстройства, нарастание его общественной опасности³⁵.

Ряд ученых-правоведов под предупреждением новых деяний подразумевают общественно опасные деяния. Подобный подход весьма узок³⁶. После преждевременного прекращения принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, лицо, не достигшее излечения, может совершить преступление по неосторожности, в состоянии аффекта или состоянии опьянения, которые «кристаллизуют» неизлеченное психическое расстройство³⁷.

К сожалению, конструктивные положения клинической криминологии в области пенитенциарной психотерапии по социальной реабилитации, ресоциализации осужденных, все еще не нашли своего места в пенитенциарной практике³⁸.

Характеризуя цель принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, по предупреждению общественно опас-

ной ауто- и гетероагрессии, следует понимать ее как достижение излечения, выздоровления либо достижение такого уровня психического здоровья, при котором лицо перестает быть рецидивоопасным за счет восстановления осознанно-волевой регуляции социально адаптированного поведения³⁹.

К целям принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, можно отнести и профилактику преступности, в генезе которой играют существенную роль психические расстройства, не исключающие вменяемости.

³² Швырев Б.А. Цели принудительных мер медицинского характера // Вестник международного Института управления. 2014. № 5-6 (129-130). С. 54—59.

³³ Спасенников Б.А. Уголовно-правовое значение психических расстройств // Медицинское право. 2015. № 2. С. 49—55.

³⁴ Спасенников Б.А. Эффект Даннинга-Крюгера и криминальное поведение // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 1. № 36. С. 216—218.

³⁵ Тихомиров А.Н. Комментарий к ст. 22 Уголовного кодекса Российской Федерации // Вестник международного Института управления. 2014. № 3-4 (127-128). С. 38—40.

³⁶ Спасенников Б.А., Копыткин С.А. О проблемах судебно-психиатрической экспертизы в судебно-следственной практике // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2016. № 3 (35). С. 13—17.

³⁷ Спасенников Б.А., Спасенников С.Б. Вопросы истории уголовной ответственности лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения // Вестник международного института управления. 2010. № 11-12. С. 26—33.

³⁸ Швырев Б.А. Проблемы прекращения принудительного психиатрического лечения // Актуальные вопросы образования и науки. 2015. № 1-2 (47-48). С. 89—94.

³⁹ Тихомиров А.Н. Комментарий к ст. 21 Уголовного кодекса Российской Федерации (доктринальное толкование) // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 1-2 (41-42). С. 44—47.

УДК 614
ББК 57

ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С.Б. ПОНОМАРЕВ,

доктор медицинских наук,
профессор, главный научный сотрудник
НИИ ФСИН России,
E-mail: docmedsb@yandex.ru;

Н.Д. ЭРИАШВИЛИ,

кандидат юридических наук,
доктор экономических наук, профессор;
М.Г. СПАСЕННИКОВА,
кандидат медицинских наук, доцент,
научный сотрудник Института управления,
E-mail: mspasennikova@gmail.com

Аннотация. Проводится анализ общественно опасных деяний больных с психическими расстройствами и принудительное психиатрическое лечение.

Ключевые слова: общественное здоровье, психические расстройства, преступность, профилактика преступлений.

SOCIALLY DANGEROUS ACTS OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

S.B. PONOMAREV,

Doctor of Medicine, Professor,
Principal Researcher,
The Research Institute of the Federal
Penitentiary Service of Russia,

N.D. ERIASHVILI,

Candidate of Legal Sciences,
Doctor of Economic Sciences, Professor;
M.G. SPASENNIKOVA,
PhD, Associate Professor, Researcher,
The Institute of Management

Annotation. The analysis of socially dangerous acts of patients with mental illness and involuntary psychiatric treatment.

Keywords: public health, mental disorder, crime, and crime prevention.

Ранее были представлены исследования, которые дают основания считать, что игнорировать или преуменьшать роль медико-биологических корней преступности ошибочно¹. При прочих равных условиях чаще закон преступают лица, имеющие те или иные врожденные или приобретенные расстройства адаптации в обществе, обусловленной внутренними (например, генетическими и др.) и (или) внешними (травматическими, интоксикационными и др.) патологическими процессами, так как здоровая психика человека определяет возможность выбора социально приемлемого поведения в любой сложной жизненной ситуации².

В нашей стране в XXI в. регистрируется увеличение численности лиц, обнаруживающих психические расстройства, имеющие существенную роль в механизме (патогенезе) противоправного поведения. Это связано с увеличением объема поступающей информации в современном мире, темпа жизни, неопределенностью будущего в условиях рыночной экономики, другими социальными и биологическими факторами.

Психическое расстройство — это нарушение функций головного мозга, при котором возникает нарушение точного отражения головным мозгом реального мира с соответствующей дезорганизацией поведения, противоречащее реальным отношениям³. Оно может существенно изменять отношение человека к самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку. Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическим расстройством, гарантируется государством и осуществляется на основе законности. Отсутствие надлежащего регулирования принудительных мер медицинского характера способно стать одной из причин неправоудного их применения, что наносит ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан⁴.

В соответствии с действующим законодательством принудительные меры медицинского характера — меры государственного принуждения, назначаемые, продлеваемые, изменяемые и прекращаемые по решению суда лицам, которые совершили общественно опасное деяние, предусмотренное статьями Особенной части УК РФ, в состоянии невменяемости, а также лицам, у которых после

¹ Агеева М.П. Виды принудительных мер медицинского характера (комментарий статьи 99 Уголовного кодекса Российской Федерации) // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 3-4 (43-44). С. 49—51.

² Спасенников Б.А. Принудительное психиатрическое лечение социопатических расстройств // Медицинское право. 2016. № 4. С. 46—50.

³ Спасенников Б.А. Клинико-криминологический анализ невменяемости у осужденных // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2014. № 4. С. 31—37.

⁴ Белоус В.Г., Дивитаева О.А. О научной школе медицинского права НОУ ВПО «Институт управления» // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 2 (18). С. 11—16.

совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, либо назначаемые по решению суда лицам, виновным в совершении преступления и страдающим психическим расстройством, не исключая вменяемости, но повлиявшим на осознанно волевой выбор поведения в момент совершения преступления, и заключающиеся в мероприятиях, направленных на излечение, восстановление психического здоровья, предотвращение совершения нового общественно опасного деяния, опасности причинения вреда себе или другим лицам, возможности причинения иного существенного вреда, соблюдение прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами.

Мерами государственного принуждения они являются потому, что применяются по решению суда, влекут за собой ограничение некоторых прав и свобод душевнобольного. Лечение является принудительным, поскольку проводится независимо от желания лица и его близких, от осознания пациентом необходимости и содержания такого лечения.

Действующий уголовный закон предусматривает применение принудительного психиатрического лечения в целях предотвращения совершения нового общественно опасного деяния, опасности причинения вреда себе или другим лицам, возможности причинения иного существенного вреда, но лишь после установления факта совершения именно этим душевнобольным общественно опасного деяния, предусмотренного статьями Особенной части УК РФ⁵.

Применение медицинских мер в принудительном порядке обусловлено тем, что расстройство приводит к нарушениям восприятия и мышления, эмоций и воли, памяти, сознания и интеллекта, а вслед за этим — поведения, социальной адаптации, и в результате лицо становится опасным (способным нанести вред) для себя самого и окружающих, способным повторно совершить общественно опасное деяние⁶. Чтобы максимально предупредить, исключить эту возможность в настоящем и будущем, и применяются лечебно-диагностические, лечебно-профилактические меры, включающие различные способы установления причины психического расстройства, диагноза и назначения комплексного, индивидуализированного лечения психического расстройства, направленного на восстановление нарушенных психических функций поведения, социальной реабилитации лица⁷.

Пленум Верховного Суда РФ в своем постановлении от 7 апреля 2011 г. указал: «В связи с вопросами, возникшими у судов при назначении, продлении, изменении и прекращении применения принудительных мер медицинского характера, а также в целях обеспечения единообразного применения законодательства при рассмотрении дел данной категории Пленум Верховного Суда РФ, руководствуясь ст. 126 Конституции Российской Федерации, постановляет: 1. Обратить внимание судов, что при осуществлении производства о применении принудительных мер медицинского характера следует строго соблюдать Конституцию РФ, нормы уголовного, уголовно-процессуального и уголовно-исполнительного законодательства. При решении отдельных вопросов, связанных с применением принудительных мер медицинского характера, необходимо руководствоваться положениями Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», <...> а также иных нормативных правовых актов. <...> Разъяснить, что принудительные меры медицинского характера являются мерами уголовно-правового характера и применяются только к лицам, совершившим предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости или у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания или его исполнение, а также к лицам, совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключая вменяемости, и лишь при условии, когда психическое расстройство связано с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц (ч. 1 и 2 ст. 97 УК РФ)»⁸.

Судебная практика исходит из того принципиального положения, что психическое расстройство

⁵ Болбат Н.А., Швырев Б.А., Кудряшов О.В. Освобождение от наказания в связи с ментальным расстройством // Актуальные вопросы образования и науки. 2015. № 5-6 (51-52). С. 55—59.

⁶ Спасеников Б.А. Клинико-криминологический анализ расстройств личности у осужденных // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2014. № 2. С. 33—40.

⁷ Тихомиров А.Н. Комментарий к статье 21 Уголовного кодекса Российской Федерации (доктринальное толкование) // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 1-2 (41-42). С. 44—47.

⁸ Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 7 апреля 2011 г. № 6 // Российская газета. 2011, 20 апр.

должно оказывать влияние на поведение лица при совершении им деяния, предусмотренного статьями Особенной части УК. Например, если лицо, страдающее шизофренией (хроническим психическим расстройством), совершит преступление, предусмотренное ст. 193 УК Российской Федерации, то оно не подпадает под п. «а» ч. 1 ст. 97 УК, так как указанное хроническое психическое расстройство не повлияло на осознанно-волевое поведение при невозвращении из-за границы

средств в иностранной валюте. В таком случае лицо признается виновным, принудительное психиатрическое лечение не назначается, а осужденный проходит добровольное лечение у психиатра по поводу имеющегося заболевания⁹.

⁹ Спасенников Б.А., Копыткин С.А. О проблемах судебно-психиатрической экспертизы в судебно-следственной практике // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2016. № 3 (35). С. 13—17.

УДК 618
ББК 57

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В.В. СМЕРНОВА,

кандидат юридических наук,
доцент кафедры гражданско-правовых
дисциплин Столичной финансово-
гуманитарной академии,
E-mail: veryvera@list.ru

Аннотация. Рассматриваются проблемы правового регулирования прерывания беременности.

Ключевые слова: жизнь, право, беременность, прерывание, регулирование, искусственное прерывание.

LEGAL REGULATION OF INDUCED ABORTION

V.V. SMIRNOVA,

candidate of legal Sciences,
associate Professor of civil and legal
disciplines of the Metropolitan financial
and humanitarian Academy

Annotation. Discusses the problems of legal regulation of abortion.

Keywords: life, law, pregnancy, termination, regulation, induced abortion.

В настоящее время в нашей стране аборт разрешен. Он рассматривается законодателем как разрешение женщиной вопроса о материнстве, проявление свободной воли. Правовым основанием законности искусственного прерывания беременности является Конституция РФ. Часть 2 ст. 17 Конституции РФ говорит о том, что основные права и свободы человека принадлежат каждому от рождения. Иными словами, такое основное право человека, как право на жизнь, появляется у него не ранее момента его появления на свет, момент зачатия не имеет правового значения.

Обращаясь к нормам зарубежного конституционного права, можно сделать вывод, что в конституциях ряда государств момент возникновения права на жизнь определен совершенно иначе, более соответствующе основным правам человека. В ст. 2 Конституции ФРГ говорится: «Каждый имеет право на жизнь и физическую неприкосновенность... это относится и к нерожденным детям»; согласно ст. 40 Конституции Ирландии «государство признает право на жизнь нерожденного ребенка... гарантирует в законах уважение, защищает и поддерживает своими законами это право» [1]; в соответствии со ст. 15 Конституции Словацкой республики и ст. 6 Конституции Чешской республики «человеческая жизнь достойна охраны до рождения» [2].

И даже если не принимать во внимание законодательства других государств, положение ч. 2 ст. 17 Конституции РФ противоречит нормам международного права, ряду международных договоров, в которых мы являемся участниками. К примеру, можно считать указанное положение российской Конституции противоречащим ст. 3 Всеобщей декларации прав человека, гарантирующей каждому человеку право на жизнь. Также необходимо обратить внимание на преамбулу Конвенции о правах ребенка, согласно которой государства—участники Конвенции,

в том числе и Россия, принимают во внимание, что «ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в надлежащей правовой защите как до, так и после рождения». Помимо этого, в содержании ст. 1 указанной Конвенции, где говорится, что «ребенком признается каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста», не установлен начальный момент, с которого следует признавать человеческое существо ребенком. По смыслу приведенной статьи ребенком является не только рожденное человеческое существо, но также и то, которое еще находится в материнской утробе, не появилось на свет.

Согласно ч. 4 ст. 15 Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры РФ являются составной частью ее правовой системы. Значит, можно говорить о противоречии одних положений отечественной системы законодательства другим, что порождает ряд проблем в области правотворчества и правоприменения, либо о нежизнеспособности имплементированных международных норм в российских реалиях.

Если поднимать вопрос противоречий и нестыковок в отечественном законодательстве по поводу статуса нерожденного ребенка и его права на жизнь, то ч. 3 ГК РФ наделяет зачатого ребенка условной гражданской правоспособностью. В ст. 1116 говорится, что граждане, зачатые в момент жизни наследодателя и родившиеся после его смерти (так называемые nasciturусы), обладают правом наследования. Таким образом, действующее законодательство в определенном смысле охраняет интересы человеческого эмбриона, именуя его «гражданином», «ребенком», а не «естественной биологической частью» организма матери.

Получается, российское законодательство в определенной степени признает нерожденного человека носителем прав от момента зачатия. При этом совершенно непонятно, почему при закреплении за ним ограниченной правоспособности законодатель не признает за ним основного естественного человеческого права — права на жизнь.

Это означает, что законодатель отдает приоритет правам женщины в ущерб правам нерожденного ребенка. На наш взгляд, это никаким образом нельзя назвать справедливым, а также законодательно обоснованным.

Постулат, закрепленный в ст. 56 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

говорящий, по сути, о праве женщины решать вопрос о материнстве как о ее праве (тем более естественном), основанном на Конституции РФ, представляется несостоятельным. Апеллируя в обоснование подобной позиции упомянутой ранее ч. 2 ст. 17 Конституции РФ, не следует забывать о части 3 той же статьи, гласящей: «Осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц». Ссылаясь на то, что нерожденный человек не является «лицом», нежизнеспособно, не выдерживает критики: непризнание человеческого эмбриона человеком *de jure* не означает, что он не является таковым *de facto*. Еще на рубеже II—III вв. римский юрист Тертуллиан писал: «Тот, кто будет человеком, — уже человек» [3]. Естественные биологические законы нельзя отменить нормами юридическими. Тем более говорить о непризнании человеческого зародыша человеком законодательно в настоящее время никак нельзя: на международном уровне, по нашему мнению, статус человеческого эмбриона давно решен в пользу полного признания его права на жизнь.

«Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, по количеству абортот Россия опережает США в 8 раз, Англию и Францию — в 10, а Нидерланды — в 20. При этом из-за неудачных абортот 20% семей лишается возможности стать родителями... Ежегодно прерывается 170 тысяч первых беременностей, около 1,5 миллионов в год) — это около 4% среди девочек до 15 лет и свыше 10% — у 15—19-летних» [4]. Большое число абортот в России говорит о том, что планирование семьи ведется неэффективно, половому воспитанию не уделяется достаточно внимания, что и ведет к подобным страшным последствиям.

Однако нельзя признать невысокий уровень полового воспитания веским основанием для свободного проведения искусственного прерывания беременности. Незнание способов контрацепции, их намеренное неиспользование, беспорядочные половые связи, желание «сделать карьеру» не дают никакого права беременевшей женщине свободно лишать зачатого ребенка права на жизнь, возможности его родиться. Здесь уместно провести аналогию с правовым принципом: незнание закона не освобождает от ответственности. Такие основания проведения абортот лишают их не только правового, но и какого бы то ни было морально-этического обоснования.

Конечно, исключением является вынужденное прерывание беременности, когда она может угро-

жать жизни самой матери. В этом случае нельзя говорить о нарушении права нерожденного ребенка на жизнь: смерть материнского организма непременно повлечет за собой смерть эмбриона. В данном случае постулат о ненарушении правами одного лица прав других работает в обратную сторону. Таким же исключением является искусственное прерывание беременности, которое проводится по так называемым социальным показаниям.

Литература

1. Конституции государств Европы: В 3 т. Т. I. М., 2001. С. 752.
2. Конституции государств Европы: В 3 т. Т. III. М., 2001. С. 115—121.
3. *Тертуллиан К.С.Ф.* Апология VIII п., 8. Богословские труды: Сб. 25. М., 1984. С. 180.
4. URL:http://therussianamerica.com/web_NEWS/articles/7137/1/

УДК 614
ББК 57

ПРОБЛЕМЫ ЗАКОННОСТИ ПРОДЛЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Б.А. СПАСЕННИКОВ,

доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФКУ НИИ ФСИН России,
E-mail: borisspasennikov@yandex.ru;

Н.Д. ЭРИАШВИЛИ,

кандидат юридических наук, доктор экономических наук, профессор

Аннотация. Суд, при назначении принудительных мер медицинского характера, не устанавливает их продолжительность, так как невозможно определить срок, необходимый для излечения или улучшения состояния психического здоровья пациента. В прокурорской практике часто возникают вопросы законности решения о продлении, изменении и прекращении принудительных мер медицинского характера.

Ключевые слова: законность, продление, изменение и прекращение принудительных мер медицинского характера.

PROBLEMS OF LEGALITY PROLONGATION, MODIFICATION AND TERMINATION COMPULSORY MEDICAL MEASURES

B.A. SPASENNIKOV,

JD, MD, PhD, Professor, Chief Researcher,
Research Institute of the Federal Penitentiary Service;

ERIASHVILI N.D.,

Candidate of Legal Sciences, Doctor of Economic Sciences,
Professor

Annotation. The Court, in the appointment of compulsory medical measures, does not establish their duration, since it is impossible to determine the time required for recovery or improving the mental health of the patient. In practice, the prosecutor often has questions about the legality of the decision on prolongation, modification and termination of compulsory medical measures.

Keywords: legality, prolongation, modification and termination of compulsory medical measures.

Часть 1 ст. 102 УК РФ предусматривает, что решение о продлении, изменении и прекращении применения принудительных мер медицинского характера принимается судом по представлению администрации медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров. Новеллой закона является то, что суд принимает решение о продлении и прекращении принудительной меры. В прошлом продление, изменение и прекращение принудительного лечения (а закон определял возможность только стационарного лечения) определялись коллегиальным решением врачей-психиатров, которое могло быть сформулировано ими на основании осмотра больного.

УК РФ предусматривает ведущее значение судебного контроля не только на этапе назначения принудительного лечения у психиатра, но и в ходе его продления, изменения и прекращения. Такой подход к принудительному лечению у психиатра соответствует положениям международных норм, отражает пути применения принудительного психиатрического лечения в направлении укрепления гарантий его законности¹.

Институт принудительного психиатрического лечения, предусмотренный УК РФ, позволяет суду не только выбрать оптимальную принудительную меру,

¹ Швырев Б.А., Белоус В.Г., Кудряшов О.В. Проблема невеняемости в иностранном уголовном законодательстве // Вестник международного института управления. 2015. № 5-6 (135-136). С. 44—51.

которая в наибольшей степени соответствует состоянию больного, но и при применении психиатрического лечения изменять вид принудительных мер, добиваясь оптимального соответствия принудительной меры психическому расстройству, имеющемуся у больного. Суд при продлении и изменении вида принудительного лечения исходит из достаточности и необходимости ограничений, что соответствует принципу законности².

Больной, которому назначены принудительные меры медицинского характера, подлежит осмотру врачебной комиссией психиатров не реже одного раза в шесть месяцев для принятия решения о наличии достаточных оснований для внесения в суд представления об изменении принудительной меры или о прекращении их применения. Комиссия психиатров, которая проводит осмотр больного, состоит из врачей лечебного учреждения, осуществляющего принудительное наблюдение и лечение. Один из членов этой комиссии (докладчик) — лечащий врач, второй — заведующий психиатрическим отделением, третий член комиссии — заместителем по лечебной работе, либо заместителем по экспертной работе главного врача лечебного учреждения, либо иной врач-психиатр³.

Рассматриваемая норма впервые указана в УК РФ. Ранее Министерство здравоохранения СССР своим нормативным актом определяло периодичность осмотра, проводимого врачебной комиссией. Новелла УК РФ основана на многолетней лечебно-диагностической и экспертной практике⁴.

Отметим, что и между осмотрами, проводимыми врачебной комиссией, больной не остается без наблюдения: систематически его осматривает лечащий врач. В зависимости от тяжести психических и соматических расстройств лечащий врач осматривает пациента от одного—трех раз в день до двух—шести раз в месяц. При наличии достаточных оснований лечащий врач ставит вопрос об осмотре врачебной комиссией в целях изменения вида или прекращения принудительного лечения, не дожидаясь окончания установленного законом срока. При появлении существенных (отрицательных или положительных) изменений в состоянии пациента, появлении иных экспертно-диагностических или лечебно-диагностических вопросов лечащий врач-психиатр вправе осмотреть больного совместно с заведующим профильным отделением⁵.

Независимо от осмотров, проводимых лечащим врачом, заведующий отделением периодически осуществляет обход больных, находящихся на лечении в от-

делении, которым он руководит. Периодичность этих обходов варьируется от одного раза в неделю до трех—шести раз в шесть месяцев. Заместитель главного врача психиатрического стационара не только систематически принимает участие в деятельности комиссии, но и контролирует качество лечебной и экспертной работы во всех отделениях психиатрического стационара. Он участвует в осмотрах пациентов, находящихся на принудительном лечении. Такой порядок работы позволяет своевременно изменить не только меру принудительного характера, но и проводимое лечение для оптимизации его сроков. Если состояние больного существенно изменилось, освидетельствование проводится до истечения шести месяцев. Досрочное освидетельствование больного проводится по инициативе указанных лиц, если в процессе наблюдения они пришли к выводу о целесообразности изменения применяемой принудительной меры либо прекращения ее применения, а также по ходатайству самого пациента. Ходатайство пациента, или его законного представителя, или близкого родственника подается через администрацию лечебного учреждения, исполняющего принудительное психиатрическое лечение, вне зависимости от времени предыдущего освидетельствования⁶.

При отсутствии правовых оснований для прекращения применения принудительной меры или ее изменения администрация учреждения, исполняющего принудительное психиатрическое лечение, представляет в суд заключение о продлении принудительного лечения у психиатра.

Заключение комиссии врачей-психиатров представляется в суд независимо от выводов, к которым пришла комиссия. Заключение врачебной комиссии подлежит оценке судом, который выносит решение⁷.

² Спасенников Б.А., Спасенников С.Б. Вопросы истории уголовной ответственности лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения // Вестник международного института управления. 2010. № 11-12. С. 26—33.

³ Кудряшов О.В., Дивитаева О.А. Рецензия на учебное пособие «Исполнение наказания, соединенного с принудительными мерами медицинского характера» // Актуальные вопросы образования и науки. 2016. № 1-2 (53-54). 113—117.

⁴ Спасенников Б.А., Копыткин С.А. О проблемах судебно-психиатрической экспертизы в судебно-следственной практике // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2016. № 3 (35). С. 13—17.

⁵ Болбат Н.А. О профилактике общественно опасных деяний душевнобольных // Вестник международного института управления. 2015. № 5-6 (135-136). С. 63—67.

⁶ Спасенников Б.А. Принудительное психиатрическое лечение социопатических расстройств // Медицинское право. 2016. № 4. С. 46—50.

⁷ Белоус В.Г., Дивитаева О.А. О научной школе медицинского права НОУ ВПО «Институт управления» // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 2 (18). С. 11—16.

Представление в суд заключения комиссии психиатров вносит администрация учреждения, исполняющего принудительное психиатрическое лечение. Решение комиссии психиатров вносит в суд руководитель психиатрического учреждения, где осуществляется принудительное психиатрическое лечение, либо лицо, его замещающее. Таким образом, УК РФ повышает ответственность главного врача психиатрического стационара за решение подчиненных ему психиатров о необходимости продления, изменения или прекращения принудительных мер медицинского характера⁸.

Продление, изменение или прекращение принудительного наблюдения и лечения у психиатра — право суда, что усиливает гарантии защиты законных прав и свобод лица, страдающего психическим заболеванием. До вынесения судебного решения пациент не переводится в психиатрический стационар иного вида (не выписывается из психиатрического стационара), каким бы ни было улучшение или ухудшение его психического состояния. При существенном улучшении психического состояния пациента исходя из принципа гуманизма он может быть переведен из одного психиатрического отделения в другое (например, из «закрытого» отделения в «открытое» отделение психиатрического стационара общего типа), что не противоречит букве и духу закона⁹.

Основанием для продления принудительного психиатрического лечения является сохраняющаяся возможность причинения этими больными иного существенного вреда либо их опасность для себя или окружающих, что должно расцениваться как отсутствие оснований для изменения или прекращения применения принудительных мер медицинского характера. Т.е. суд продлевает принудительные меры медицинского характера по тем же основаниям, что и назначает их.

При вынесении судебного решения о продлении принудительных мер медицинского характера следует оценивать психическое состояние больного с учетом его потенциальной ауто- и гетероагрессии. Суд должен исходить не из психического состояния в день судебного заседания, которое может определяться временным улучшением его состояния, а из прогноза, учитывающего течение психического расстройства, стойкости эффекта от принудительного психиатрического лечения.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением на законных основаниях продлевается больному, который по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц. В дан-

ном психиатрическом стационаре должно продлеваться пребывание также пациенту, психическое состояние которого определяет невозможность принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа (негативное поведение по отношению к окружающим, активный отказ от лечения, несдерживаемая агрессия в отношении медицинского персонала и других пациентов, постоянная готовность к побегу).

В таком стационаре созданы все условия для максимально безопасного содержания больного. Если указанных оснований для продления пребывания в подобном стационаре у лица нет (отсутствует выраженная агрессия в отношении медицинского персонала и других пациентов, готовность к побегу), лицо по решению суда может быть переведено в психиатрический стационар специализированного типа, т.е. ему изменяется принудительная мера медицинского характера.

В психиатрическом стационаре специализированного типа законным является судебное решение о продлении принудительного лечения больного с психическим расстройством (которое проявляется сдерживаемой агрессией в отношении окружающих, а также агрессивностью в отношении себя), т.е., лица, которое нуждается в постоянном наблюдении.

У такого лица отсутствует критическое отношение к своему заболеванию, больной отрицает необходимость лечения у психиатра. Постоянное наблюдение в отношении него связано со степенью общественной опасности его поведения, так как существует опасность повторного совершения общественно опасного деяния.

Если у больного отсутствуют указанные показания к пребыванию в стационаре специализированного типа, законным и обоснованным является решение суда по изменению принудительной меры с переводом лица в психиатрический стационар общего типа.

Принудительное лечение в стационаре общего типа законно и обоснованно продлевается больному, который по своему психическому состоянию нуждается в лечении в стационаре, но не требует постоянного наблюдения. У такого пациента нет ауто- или гетероагрессии, а также выраженных тенденций к нарушению режима, побегу.

⁸ Спасеников Б.А. Клинико-криминологический анализ невращения у осужденных // Криминологический журнал Байкальского государственного университета экономики и права. 2014. № 4. С. 31—37.

⁹ Болбат Н.А., Швырев Б.А., Кудряшов О.В. Об эффекте Данинга-Крюгера у осужденных к лишению свободы // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 4 (20). С. 15—17.

Если у лица восстановилась устойчивая способность к осознанно-волевой регуляции поведения, то ему по решению суда изменяется вид принудительных мер медицинского характера с переводом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Однако амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра имеет позитивное значение, если способствует возвращению лица к привычному образу жизни, исполнению семейных и других обязанностей, контактам с близкими, продолжению трудовой занятости (если нет противопоказаний к труду), а также если на больного, совершившего общественно опасное деяние, не оказывается негативное, психотравмирующее воздействие.

Таким образом, изменение принудительного лечения у психиатра может происходить при ступенчатом переводе: психиатрического стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением — психиатрический стационар специализированного типа — психиатрический стационар общего типа — амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра, т.е. после введения в УК РФ новеллы в виде принудительного амбулаторного лечения в качестве заключительного этапа «ступенчатость» находит широкое применение.

Амбулаторное психиатрическое наблюдение и лечение может быть продлено, если больной по своему психическому состоянию не нуждается в госпитализации в психиатрический стационар. Принудительное амбулаторное лечение продлевается судом больному, который по своему психическому состоянию с учетом характера совершенного общественно опасного деяния способен осознавать смысл применяемой принудительной меры, однако излечение его психического расстройства не достигнуто, т.е. он продолжает страдать хроническим расстройством психики, иным болезненным состоянием психики, слабоумием, которое вызвало совершение общественно опасного деяния, а также привело к назначению принудительного лечения у психиатра.

Состояние больного во время исполнения принудительных мер, несмотря на проводимое лечение, может либо ухудшаться, либо улучшаться. В первом случае это может приводить к нарастанию его общественной опасности, что подчас определяет необходимость изменения более мягкой меры медицинского характера на более строгую (например, перевода из психиатрического стационара общего типа в психиатрический стационар специализированного типа). Однако причиной изменения меры принудительного лечения может быть ухудшение психического состояния (например, нара-

стание у больного слабоумия), вследствие чего опасность ауто- и гетероагрессии пациента снижается и он может быть переведен в психиатрический стационар с менее строгим режимом содержания (из психиатрического стационара специализированного типа в психиатрический стационар общего типа).

Для прекращения применения принудительных мер медицинского характера нужно, чтобы «отпала необходимость в применении назначенной меры», исчезает угроза «возможности причинения этими лицами иного существенного вреда либо опасности для себя или других лиц», т.е. когда общественная опасность больного, страдающего психическим расстройством, пропадает.

Законным является судебное решение о прекращении применения принудительных мер медицинского характера при излечении психического заболевания или таком стойком улучшении психического здоровья, когда весьма устойчиво сохраняется способность к осознанно-волевому поведению, т.е. после достижения целей принудительных мер, предусмотренных ст. 98 УК РФ.

Для лиц, указанных в п. «а» ч. 1 ст. 97 УК РФ, законным является прекращение применения принудительных мер медицинского характера на стадии амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра.

Если суд обоснованно придет к решению о возможности прекращения применения принудительного лечения больного, предусмотренного п. «б» ч. 1 ст. 97 УК РФ, то в зависимости от стадии производства по уголовному делу должно приниматься решение о возобновлении производства по делу или исполнении назначенного наказания.

После прекращения применения принудительного психиатрического лечения обоснованно передавать материалы в отношении больного, который находился на принудительном лечении, органам управления здравоохранения для решения вопроса о его возможном амбулаторном или стационарном наблюдении и лечении у врача-психиатра на общих основаниях.

Кроме того, в случае прекращения применения принудительного психиатрического лечения суд может передать материалы в отношении больного, который находился на принудительном лечении, органам управления здравоохранением для принятия решения о его лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социальной защиты в установленном порядке, предусмотренном законодательством РФ о здравоохранении (например, в случае глубокого слабоумия, определяющего беспомощность лица).

УДК 614
ББК 57

СИСТЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

В.К. СТАРОСТЕНКО,
кандидат экономических наук,
профессор
E-mail: starostenkovk@yandex.ru;
С.В. КИРИЛЛОВА,
snezhana.kirillova@mail.ru

Аннотация. Рассмотрены системы регулирования здравоохранения на муниципальном уровне.

Ключевые слова: муниципальная система, здравоохранение, муниципальные органы, муниципалитет, система.

HEALTH REGULATORY SYSTEMS AT THE MUNICIPAL LEVEL

V.K. STAROSTENKO,
candidate of economic Sciences, Professor
S.V. KIRILLOVA

Annotation. The article considers the health care regulation systems at the municipal level.

Keywords: municipal system, health care, municipal authorities, municipality, system.

Организация предоставления медицинских услуг населению определяет долгосрочные цели и результаты социально-экономического развития каждого конкретного муниципального образования, так как влияет на продолжительность и качество жизни всех социальных слоев и групп населения местного сообщества, процессы воспроизводства рабочей силы на локальном рынке труда, брендинг муниципального образования. Это крайне актуально в условиях демографического старения нации большинства старопромышленных территорий РФ, снижения рождаемости и роста убыли населения по экологическим и производственным причинам.

С развитием рыночных отношений изменяется система государственного регулирования здравоохранения как важнейшего вида экономической деятельности. Отличительной чертой рыночной системы хозяйствования является механизм саморегулирования, основанный на соотношении спроса и предложения. Однако именно в сфере здравоохранения существуют изъяны рынка, нарушающие действие законов.

Необходимость определения оптимального соотношения плановых и рыночных регуляторов, актуальную как для бюджетных, так и страховых систем здравоохранения, диктуют и реформы здравоохранения, проводимые в последние годы [1, с. 7]. О невозможности развития рыночных регуляторов в сфере медицинских услуг в силу недостаточности государственных регуляторов говорит, в частности, А.В. Тихомиров [3, с. 31].

Трансформация здравоохранения происходит на всех уровнях: федеральном, региональном, муниципальном. Рассматривая регулирование здравоохранения на муниципальном уровне, следует учитывать принцип децентрализации, в соответствии с которым на муниципальные органы власти возложены функции по решению проблем отрасли, в том числе финансовых вопросов.

Система государственного регулирования в России находится в условиях его постоянного изменения.

Совершенствование системы государственного регулирования осуществляется по трем основным направлениям:

- ◆ сокращение государственного регулирования (дерегулирование);
- ◆ оптимизация действующих регуляторов (процессов, форм, методов);
- ◆ изменение действующих и создание новых регуляторов.

Данные направления изменений характерны практически для всех сфер регулирования [2, с. 37].

В Российской Федерации действует трехуровневая система здравоохранения. Объемы финансирования по основным видам медицинской помощи оказываются и на муниципальном уровне. Муниципальная система здравоохранения включает лечебно-профилактические и иные учреждения системы здравоохранения, расположенные на территории муниципального образования и находящиеся в собственности муниципального образования, государства или частной, а также органы муниципального управления охраной здоровья, отвечающие за обеспечение доступности и качества медицинской помощи в пределах Программы государственных гарантий, и осуществляющие организацию и регулирование видов медицинской помощи.

Российское здравоохранение представлено на сегодняшний день государственным и негосударственным секторами.

Медицинскими организациями государственного сектора являются все государственные учреждения здравоохранения, а также территориальные и муниципальные учреждения здравоохранения, управление и распоряжение которыми осуществляет государство.

Неэффективность государственного здравоохранения, ухудшение показателей здоровья населения и растущий теневой сектор способствовали развитию негосударственного сектора здравоохранения. Однако негосударственный сектор медицинских услуг все еще не достиг уровня устойчивого функционирования. Для этого необходима соответствующая правовая база, институциональные преобразования, формирование соответствующей бюджетной и налоговой политики [1, с. 157].

Исполнительными органами власти, осуществляющими регулирование в сфере здравоохранения на сегодняшний день, являются органы государственной власти в лице Министерства здравоохранения Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов РФ (Министерства здравоохранения в субъектах РФ) и муниципальные органы власти. Правовая основа государственного регулирования обеспечивается законодательными органами власти РФ.

Государственное регулирование медицинских услуг в условиях рынка представляет собой совокупность законодательных, исполнительных и контролирующих мер, осуществляемых государственными учреждениями, с применением мер прямого и косвенного воздействия на деятельность субъектов здравоохранения и рыночную конъюнктуру. Непосредственное участие государства в рынке медицинских услуг заключается в следующем [4, с. 93]:

♦ государство остается основным субъектом спроса на рынке медицинских услуг и влияет на структуру спроса;

♦ государство влияет на предложение медицинских услуг на рынке за счет финансирования строительства новых или реконструкцию старых объектов здравоохранения в регионах, где вложения частного капитала недостаточны;

♦ государство воздействует на рынок медицинских услуг путем контроля качества, регулирования ценообразования;

♦ государство ограничивает монопольную деятельность в сфере здравоохранения;

♦ государство защищает права потребителей медицинских услуг.

Высокая степень регулирования деятельности медицинских организаций касается, в основном, некоммерческих организаций государственного сектора.

Правовые, административные и экономические регуляторы, стандарты в области здравоохранения, целевые программы, национальные проекты, территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, лицензирование медицинской деятельности — основные инструменты механизма государственного регулирования здравоохранения.

Динамично развивающийся негосударственный сектор здравоохранения, составляющий конкуренцию государственным (муниципальным) учреждениям, остается практически нерегулируемым. По отношению к нему, в основном, применяются ограничительные меры в виде административных барьеров для участия в реализации программ ОМС, однако и это ограничение устранено в последние годы. Для данного сектора характерно отсутствие четких границ между рыночным саморегулированием и государственным регулированием.

Несмотря на то, что достаточно сложно определить объем рынка платных медицинских услуг в России из-за отсутствия информации по теневому рынку медицинских услуг, очевиден устойчивый рост российского рынка платных медицинских услуг, что можно считать следствием сокращения доступности медицинской помощи, оплачиваемой за счет государства. Следует отметить, что для большинства жителей страны платные медицинские

услуги остаются недоступными ввиду невысокого уровня доходов.

На взгляд И.М. Шеймана [4, с. 7], в здравоохранении России отсутствует стратегия и концептуальная основа для оптимального сочетания плановых и рыночных механизмов управления. С одной стороны, появились призывы к усилению роли государства. Этот тезис оказывается бессодержательным, поскольку рыночные отношения в системе общественного здравоохранения так и не утвердились. С другой стороны — абсолютизация рыночных механизмов. Считается, что ценовые и прочие рыночные регуляторы автоматически обеспечивают эффективное использование ресурсов как на уровне отдельного учреждения, так и в системе в целом.

Таким образом, поиск оптимального соотношения рыночных и нерыночных регуляторов на муниципальном уровне в сфере здравоохранения приобретает первостепенное значение.

По итогам анализа существующих регуляторов и состояния сферы здравоохранения в странах с высоким уровнем развития здравоохранения можно выделить следующие, присущие большинству стран, проблемы государственного и муниципального уровня:

- ◆ наличие очередей на получение медицинской помощи;
- ◆ недоукомплектованность врачами в периферийных удаленных муниципальных образованиях;
- ◆ ограничение доступности к специализированной медицинской помощи на территории периферийных удаленных муниципальных образований;
- ◆ рост затрат на предоставление медицинской услуги;
- ◆ ограниченность финансовых ресурсов медицинских организаций;

◆ увеличение потребностей населения в медицинских услугах.

Основными используемыми методами регулирования здравоохранения на федеральном и муниципальном уровнях являются административные и экономические методы. Административные включают законодательную базу и контроль за исполнением законов, меры запрета и ограничения. Экономические методы строятся на специфике налогообложения медицинских организаций, финансировании государственного и муниципального задания.

Таким образом, в условиях стабильного роста российского рынка платных медицинских услуг (как следствие, сокращения доступности медицинской помощи, оплачиваемой за счет бюджетных средств) и снижения уровня реальных доходов населения (особенно локальных периферийных муниципальных образований) введение долевого участия пациентов в оплате медицинской помощи позволит избежать, во-первых, чрезмерного и не всегда необходимого использования медицинских услуг, во-вторых, снизит расходы граждан на оплату стоимости всей услуги.

Литература

1. *Мионов А.А., Таранов А.М., Чейда А.А.* Медицинское страхование. М.: Наука, 2014.
2. *Солодкий В.А., Перхов В.И., Стебунова Р.В.* Обзор реформ в системе здравоохранения за последние 20 лет // Менеджер здравоохранения. 2015. № 10. С. 37.
3. *Тихомиров А.В.* Соотношение рыночных и государственных регуляторов в развитии сферы медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. 2013. № 2. С. 31.
4. *Шейман И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. М: Издатцентр, 2016.



Издательство «ЮНИТИ-ДАНА»

(основано в 1990 г.)

Предлагает полный (или частичный) комплекс услуг

- **по допечатной, издательской подготовке** (редактура, верстка, корректура, художественное оформление и дизайн):
 - учебной литературы
 - монографий и научных изданий
 - беллетристической литературы
- **по высококачественному полиграфическому исполнению изданий.**

Уже несколько поколений студентов занимаются по учебникам «ЮНИТИ-ДАНА». Преподавателям и студентам хорошо известны наши серии «Золотой фонд российских учебников», «Gogito ergo sum» и «Зарубежный учебник».

Марка «ЮНИТИ-ДАНА» известна не только в России, но и в странах ближнего и дальнего зарубежья. Некоторые книги ЮНИТИ переведены на китайский, польский и немецкий языки.

Издательство регулярно включается в рейтинги ведущих издателей учебной и научной литературы.

Издательство — неоднократный победитель российских и международных книжных конкурсов, обладатель дипломов и благодарственных адресов.

Высококачественное полиграфическое исполнение изданий «ЮНИТИ-ДАНА» обеспечивают наши постоянные партнеры:

- ИПК «Ульяновский Дом печати»
- ЗАО «Московские учебники — СиДиПресс»
- ООО «Антей-XXI»



123298, Москва, ул. Ирины Левченко, 1
Тел.: 8-499-740-60-15. Тел/факс: 8-499-740-60-14
unity@unity-dana.ru
www.unity-dana.ru

International Journal
ACTUAL PROBLEMS
OF MEDICINE
AND BIOLOGY

IJAPMB

16+

