DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-3-72-78

МЕДИЦИНСКИЕ, ЮРИДИЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ УМЫШЛЕННОГО ЧЛЕНОВРЕДИТЕЛЬСТВА, ИМИТИРУЮЩЕГО ОСТРУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.В. Васильченко¹, А.М. Гареев¹

¹ Федеральное государственное казенное образовательное учреждение высшего образования «Уфимский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации», Уфа, Россия

Васильченко Андрей Владимирович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры криминалистики, Уфимский юридический институт МВД России, Уфа, Россия

Гареев Альберт Масгутович - доктор медицинских наук, профессор кафедры криминалистики, Уфимский юридический институт МВД России, Уфа, Россия

Введение. На сегодняшний день в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации ежегодно регистрируется не менее 10000 точно установленных фактов членовредительства, повлекших немедленное или отсроченное оказание медицинской помощи в условиях хирургического стационара. В этой связи основной целью данной работы являются: анализ случаев членовредительства, имитирующего острую хирургическую патологию, демонстрация на примере клинического случая основных диагностических трудностей и медико-экономических последствий при неадекватной терапии данной группы пациентов.

Материалы и методы. Проведен анализ 150 случаев членовредительства с целью имитации острой хирургической патологии среди контингента пенитенциарных учреждений Республики Башкортостан в период 2014-2016 гг.

Результаты. Установлено, что все факты членовредительства характеризуются определенной типологичностью процесса: локализацией, механизмом возникновения, средствами реализации и сниженным комплаенсом пациентов. Показано, что развитие осложнений связано с поздним оказанием адекватного лечения из-за ложного анамнеза, предъявляемого заключенными. На конкретном клиническом примере продемонстрировано, как ложная версия развития болезни, несмотря на использование самых дорогостоящих и современных методов исследования и диагностики, приводит к тактически неверной стратегии лечения. Показано, что для врача понимание истинной ситуации важно как с точки зрения недопущения врачебных ошибок в виде назначения необоснованных инвазивных методов исследования, полипрагмазии и/или интенсификации терапии, так и из экономических соображений, поскольку урон ресурсам здравоохранения при лечении осложнений членовредительства может оказаться достаточно существенным.

Заключение. Весь медицинский персонал, имеющий хоть малую вероятность столкнуться с оказанием медицинской помощи заключенным, должен иметь доступ к специальным обучающим программам, которые должны реализовываться еще на этапе обучения в медицинских вузах. Тематика этих программ должна охватывать особенности и внутреннюю организацию разных видов исправительных учреждений, риски нарушения этических норм, которые касаются их деятельности по охране здоровья заключенных.

Ключевые слова: пенитенциарная система, членовредительство, заключенные, болезни имитация

MEDICAL, LEGAL AND ECONOMIC ASPECTS TO DIAGNOSE SELF-MUTILATION, IMITATING DELIBERATE ACUTE SURGICAL PATHOLOGY. CLINICAL CASE

Andrey V. Vasilchenko¹, Albert M. Gareev¹

¹ Federal State Budgetary Educational Institute of Higher Education «Ufa Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation», Ufa, Russian Federation

Vasilchenko Andrey Vladimirovich – PhD, Associate Professor of Criminology at Ufa Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russian Federation, Ufa, Russian Federation

Gareev Albert Masgutovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Criminology at Ufa Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russian Federation, Ufa, Russian Federation

Introduction. To date, in penal institutions of the Russian Federation annually there are not less than 10000 accurately registered facts of self-mutilation, causing immediate or delayed medical care in terms of surgical hospital. In this context, the main objective of this work is to analyze cases of self-mutilation, simulating an acute surgical pathology, to show essential diagnostic difficulties and medico-economic effects upon inadequate therapy in this group of patients, exemplified by clinical cases.

Materials and methods. The research covered the analysis of 150 cases of self-mutilation, to simulate acute surgical pathology, among penitentiaries of the Republic of Bashkortostan in the period 2014-2016.

Results. The findings showed that all the facts of self-mutilation are characterized by a certain typology of the process: localization, self-mutilation mechanism, means of implementation, and reduced compliance of patients. It is shown that the development of complications is due to the late delivery of adequate treatment because of false anamnesis provided by the prisoners. A specific clinical example showed how a false version of the disease development, despite the use of the most expensive and modern methods of research and diagnosis leads to tactically wrong treatment strategies. It is shown that understanding the true situation for a doctor is important both in terms of preventing medical errors as prescribing unfounded invasive research methods, polyprognosis and/or intensification of therapy, and economic considerations, since damage to health resources in treating complications of self-mutilation may be quite substantial.

Conclusion. All medical personnel with at least a small chance to encounter medical assistance to prisoners should have access to special training programs that have to be implemented even at the stage of teaching at higher medical schools. These programs should include peculiarities and internal organization of different types of correctional institutions, ethical risks that relate to their activities on health protection.

Keywords: penitentiary system, self-mutilation, prisoners, patient simulation

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на имеющиеся исследования в области аутоагрессивного поведения и используемые меры, направленные на предотвращение умышленного нанесения вреда своему здоровью, ежегодно в Российской Федерации регистрируется не менее 10000 точно установленных фактов членовредительства, повлекших немедленное или отсроченное оказание медицинской помощи в условиях стационара [1]. Существующие способы разоблачения членовредительства не всегда являются эффективными из-за недостаточной информированности работников уголовно-исполнительной системы и сотрудников системы здравоохранения о клинических особенностях данных состояний. Серьезность проблемы обусловлена тем, что при расследовании членовредительства возникают определенные сложности установления собственно факта противного поведения осужденных. При этом зачастую имеет место попытка сокрытия заключенными факта умышленного причинения вреда своему здоровью путем выдвижения ложных версий [2]. Ситуацию усугубляет рост доли квалифицированного членовредительства с хорошим знанием анатомии и физиологии человека, применением медицинских инструментов и препаратов, что еще более затрудняет распознавание врачами фактов членовредительства [3].

В этой связи основной целью данной работы

являются анализ 150 случаев членовредительства с целью имитации острой хирургической патологии среди контингента пенитенциарных учреждений Республики Башкортостан в период 2014-2016 гг. и клинический случай демонстрации основных диагностических трудностей, с которыми сталкивается практикующий врач в работе с данной группой пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ частоты умышленного вреда здоровью, требующего хирургического вмешательства, представлен в нижеследующей таблице.

Таблица – Характеристика выявленных случаев членовредительства, имитирующих острую хирургическую патологию

Характеристика	Количество случаев, n (%)
Демографические характеристики	
Возраст $\pm$ SD, годы	37,8 $\pm$ 11,7
Мужской пол	100 (66,6)
Тип повреждения	
Введение инородных тел в:	150 (100,0)
плевральную полость	62 (41,3)
желудочно-кишечный тракт	28 (13,6)

брюшную полость	9 (6,0)
Введение под кожу/слизистые оболочки	99 (66,0)
Данные анамнеза	
Признание в членовредительстве	15 (10,0)
Ложные данные анамнеза	135 (90,0)
Мотивы членовредительства	
Противоречивые	11 (7,3)
Семейные проблемы	29 (19,4)
Конфликты с сокамерниками	32 (21,3)
Соккрытие мотива	78 (52,1)

Из таблицы видно, что наиболее частым методом имитации острой хирургической патологии является подкожное введение инородных предметов. В качестве повреждающего фактора применялись швейные иглы (48,4%), металлические штифты (35,1%) и вырезанные из ручки зубной щетки пластмассовые шарики (16,5%). Инородные тела перед членовредительством стерилизовались кипячением. Иглы и штифты вводились и под кожу, и в мышцы резким движением одновременно до конца или медленно путем вращения. Шарики закладывались в ранки после образования «кармана» путем отсепаровки кожи или слизистой оболочки. Раны закрывались чистым материалом (тряпочкой, пластырем и т.п.).

После факта совершенного членовредительства заключенные лишь в 15,0% случаев признавались об обстоятельствах происшествия. В остальных случаях (90,0%) выдвигали ложный анамнез, объясняя ухудшение состояния здоровья случайной травмой или обострением хронического заболевания.

После введения инородных тел в мягкие ткани заключенными предъявлялись жалобы на ухудшение состояния здоровья, которые можно сгруппировать на общие и местные. К общим отнесены жалобы на повышение температуры тела, слабость, адинамию, головную боль, запоры, нарушения мочеиспускания, к местным жалобам – боль и воспаление в месте травмы, нарушения функции поврежденного органа.

Характер жалоб на состояние здоровья был различным при развитии воспалительной реакции на введение инородных тел. Местные жалобы предъявлялись во все сроки развития воспалительных процессов, а общие – после 7 дней. В ранние сроки преобладали местные жалобы, более 21 дня – общие. До 6 дней выдвигались только местные жалобы.

Исходом введения инородных тел в мягкие ткани всегда было хирургическое удаление. Длительность сроков госпитализации при этом варьировала от 5 до 55 койко-дней.

В половине случаев введение инородных тел сопровождалось развитием различных осложнений: одонтогенный сепсис, гнойный лимфаденит, септикопиемия.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Заключенный М. обратился за медицинской помощью с жалобами на повышение температуры, слабость, отек в области правой щеки, отек и боль при глотании и сгибании шеи 27.02.2016. Из анамнеза: повышение температуры, боль и припухлость в области правой щеки появились накануне, 24.02.2016. Сопутствующие заболевания: гепатит С, цирроз печени, наркомания.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, вялый, на осмотр реагирует болезненной гримасой, ажиатирует. Кожные покровы бледноватые, горячие, чистые; гиперемия верхней половины туловища, лица и шеи; выраженный отек в области правой околоушной железы с переходом на шею. Имеется гнилостный запах изо рта. При осмотре ротовой полости: кариес зубов, не санирован, небные дужки, мягкое небо и небные миндалины отечны, гиперемия слизистой правой щеки, имеется рана 5х3 мм, покрыта грануляциями, со слов заключенного рана на слизистой возникла в результате постоянной травматизации кариозным зубом. Дыхание спонтанное, адекватное, ЧД 22-24 в мин, SpO₂ 97%, аускультативно везикулярное, хрипов нет. Гемодинамика стабильная. АД 110/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

Общий анализ крови (ОАК): гемоглобин 110 г/л, эритроциты 3,1х10⁹/л, Ht 43%, лейкоциты 8,0х10⁹/л п/я-19%, с/я-61%, лимфоциты 11%, М-7%, СОЭ-40 мм/час

Биохимический анализ крови (Б/х): общий белок 63 г/л, альбумин 35 г/л, креатинин 75 ммоль/л, мочевины 5,9 ммоль/л, К 4,1 ммоль/л, Na 135 ммоль/л, глюкоза 3,3 ммоль/л, холестерин 5,5 ммоль/л, билирубин 11,5 мкмоль/л, АЛТ 25 Ед/л, АСТ 35 Ед/л.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) шеи: имеются признаки лимфаденита, отека, эмфиземы мягких тканей шеи.

Компьютерная томография (КТ) головного мозга, придаточных пазух носа (ППН), орбит и пирамид височных костей: анатомия полости рта и ротоглотки без особенностей, справа мягкие ткани шеи увеличены в объеме, отечны, инфильтрированы, околоушная слюнная железа и подчелюстная справа увеличены, неоднородной полости с признаками абсцедирования. Определяются лимфатические узлы до 6 мм в поперечнике. Носоглотка и гортаноглотка асимметричны, справа мягкие ткани увеличены в объеме, отечны.

КТ органов шеи, органов грудной клетки: мягкие ткани шеи справа увеличены в объеме, инфильтрированы. Двусторонняя полисегментарная пневмония (см. рис.).

А

Б

В

Г

Рисунок – Клинический случай: данные компьютерной томографии (А, Б) и операционная рана при вскрытии флегмоны (В). КТ-картина полисегментарной пневмонии (Г).

Выставлен диагноз гнойный паротит, осложненный флегмоной шеи. Больной взят на экстренную операцию под эндотрахеальным наркозом. При этом обнаружен и вскрыт гнойный очаг, распространяющийся из тканей околоушной и подчелюстной желез по ходу сосудисто-нервного пучка шеи до ключицы. Получено около 10 мл гнойного отделяемого со зловонным запахом.

Результат микробиологического исследования гнойного отделяемого из раны: *St. aureus*.

В послеоперационном периоде в реанимационном отделении проводилась интенсивная терапия:

антибиотикотерапия [4], дезинтоксикационная терапия (инфузионная терапия, плазмозамещающие растворы), нутритивная поддержка с учетом исходной печеночной недостаточности [5], профилактика тромбоэмболических осложнений [6,7], гастропротективная терапия, симптоматическая терапия, перевязки, мероприятия по уходу, мониторинг [8], обезболивание. Пациент субъективно отмечает улучшение, уменьшились боли при глотании, температура тела снизилась.

2.03.2016 отмечается нарастание тяжести состояния: SOFA=8, уровень сознания – умеренное оглу-

шение. Осмотрен неврологом, очаговых нарушений при проведении КТ головного мозга не выявлено. Пациентом сообщено о намеренном введении с целью членовредительства под слизистую правой щеки инородного тела (пластиковый шарик из ручки зубной щетки), информировании врача ложной версией причины заболевания (травматизация слизистой щеки кариозными зубами).

Кожные покровы бледно-серые, температура тела до 38,0-39,0°С. Аускультативно в легких хрипы по всем полям легких, крепитирующие хрипы в нижних отделах правого легкого, дыхание ослабленное. Тенденция к гипотензии, начата инфузия вазопрессоров (норадреналин 4 мг/ч). АД 91/61 мм рт.ст., тахикардия 130-150 ударов в минуту. Живот не вздут. Диурез снижен.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции: двусторонняя полисегментарная пневмония, умеренный двусторонний гидроторакс.

КТ органов грудной клетки (ОГК): картина двусторонней полисегментарной деструктивной пневмонии, двусторонний гидроторакс. Состояние после вскрытия флегмоны. КТ-картина с положительной динамикой.

Выставлен диагноз: инородное тело мягких тканей лица справа? Гнойный паротит. Флегмона шеи. Сопутствующий диагноз: Двусторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. Двусторонний гидроторакс. По экстренным показаниям под комбинированным эндотрахеальным наркозом произведено удаление инородного тела из толщи околоушной железы, некрэктомия, санация и дренирование.

В послеоперационном периоде состояние пациента крайне тяжелое, обусловленное септическим шоком, синдромом полиорганной недостаточности. Уровень сознания – оглушение. Кожные покровы бледно-серые, холодные. Продолжена респираторная поддержка. Нестабильная гемодинамика. Диурез снижен, нарастание азотистых шлаков.

ОАК: гемоглобин 85 г/л, эритроциты $3,05 \times 10^9$ /л, Ht 25,5%, тромбоциты 14×10^9 /л, лейкоциты $24,0 \times 10^9$ /л п/я-16%, с/я-68%, лимфоциты 7%, М-7%, СОЭ-23 мм/ч.

Б/х: общий белок 52 г/л, альбумин 22 г/л, креатинин 224 ммоль/л, мочевина 33,6 ммоль/л, К 2,5 ммоль/л, Na 152 ммоль/л, глюкоза 12,8 ммоль/л, билирубин 74,1 мкмоль/л, АЛТ 56 Ед/л, АСТ 17 Ед/л.

Коагулограмма (К/г): фибриноген 3,9 г/л, ПТИ 56%, индекс АЧТВ 1,79, МНО 1,79.

Анализ кислотно-щелочного состояния (КЩС) pH 7,48, pCO₂ 32 ммHg, pO₂ 59 ммHg, Na 160 ммоль/л, К 2,71 ммоль/л, Са 1,26 ммоль/л, Cl 121 ммоль/л, P/Гиндекс 280

Прокальцитонин >10 нг/мл

С-реактивный белок (СРБ) 124 мг/л

Лактат 8,5 ммоль/л

Продолжена интенсивная терапия (инфузионная, трансфузионная терапия, коррекция водно-электролитного баланса, антибиотикотерапия с учетом чувствительности флоры, вазопрессорная, респираторная поддержка, стимуляция диуреза,

гастропротективная терапия, нутритивная поддержка, профилактика тромбоэмболических осложнений, симптоматическая терапия), обезболивание, мероприятия по уходу, перевязки.

На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние больного улучшилось, и на 25-е сутки больному произведена экстубация трахеи, самостоятельное дыхание адекватное. Перевод в хирургическое отделение. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

По завершении оказания медицинской помощи проведен анализ экономической затратности законченного клинического случая в соответствии с применяемым в Российской Федерации Отраслевым стандартом «Клинико-экономические исследования» с использованием тарифов по оказанию медицинской помощи и прейскуранта цен на лекарственные препараты, утвержденные Минздравом РФ [9]. При анализе учитывалось количество койко-дней, проведенных прооперированным пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии и профильном хирургическом отделении с учетом прямых медицинских затрат на лечение в течение суток пациента, включающих стоимость госпитализации, стоимость терапии осложнений основного заболевания, средняя стоимость проведения нутритивной поддержки, продолжительность искусственной вентиляции легких (ИВЛ), расход препаратов крови (криоплазмы, эритроцитарной массы, альбумина) и сроки нозокомиальных инфекций (пневмонии, инфекций мочевыводящих путей, инфекции крови, осложнения течения послеоперационных ран). Установлено, что общая продолжительность госпитализации пациента составила 42 койко-дня, из них 25 суток в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Согласно проведенным расчетам общая стоимость оказания медицинской помощи составила 1 391 025 рублей, из них 927 350 рублей (66,6%) пришлось на интенсивную терапию развившихся осложнений. Ориентировочная стоимость затрат на удаление инородного тела при условии исходно правильно предоставленных данных анамнеза ограничивается 38 950 рублями, что составляет чуть больше 2% от реально затраченной суммы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, все факты членовредительства характеризуются определенной типологичностью процесса: локализацией, механизмом возникновения, средствами реализации и сниженным комплаенсом пациентов. Недостаточный комплаенс – явление, с которым практикующий врач сталкивается постоянно. По данным только 50% пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, достаточно длительное время точно соблюдают врачебные рекомендации по лечению основного заболевания [10]. Ложные данные анамнеза при этом – явление достаточно редкое в практике врача хирургического профиля по причине исходно высокой заинтересованности пациентов в скорейшем выздоровлении. Однако в случае членовредительства развитие ос-

ложений связано именно с поздним оказанием адекватного лечения из-за ложного анамнеза, предъявляемого заключенными. На конкретном клиническом примере продемонстрировано то, как ложная версия развития болезни, несмотря на использование самых дорогостоящих и современных методов исследования и диагностики, приводит к тактически неверной стратегии лечения. С одной стороны, для врача понимание истинной ситуации важно с точки зрения недопущения врачебных ошибок в виде назначения необоснованных инвазивных методов исследования, полипрагмазии и/или интенсификации терапии, с другой - экономический, поскольку, урон ресурсам здравоохранения при лечении осложнений членовредительства может оказаться достаточно существенным [11].

Неоспоримым является факт того, что пациенты, поступившие в стационар из мест лишения свободы, должны рассматриваться лишь как одна из групп населения, и медицинские работники должны оказывать им услуги на таком же уровне, на каком они их оказываются для остальных групп населения. А все медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь особому контингенту лиц, должны всегда помнить, что их основная обязанность по отношению к заключенным, которые являются их пациентами, — это клиническая помощь, что подчеркивается в первом из принципов медицинской этики ООН, относящемся к роли работников здравоохранения и в особенности врачей в отношении заключенных под стражу лиц [12]. Заключенный, как и любой пациент имеет право на конфиденциальность, а также на то, чтобы диагностика и лечение предоставлялись исключительно по его информированному согласию. Обязательство врачей по отношению к заключенным как к пациентам в равной мере относится и к остальным работникам здравоохранения. Во многих странах младший медицинский персонал (в частности медсестры) выполняют разнообразные функции по предоставлению основной медицинской помощи. Это касается проведения предварительного медицинского обследования прибывающих заключенных, выдачи лекарств, ведения лечения, назначенного врачом, или же приема заключенных, имеющих жалобы на здоровье. Младший медицинский персонал, который выполняет эти функции, обязан обладать должной квалификацией для их выполнения и при выполнении своих обязанностей относиться к своим клиентам как к пациентам, а не как к заключенным [13]. Однако, учитывая социальные, психологические, юридические особенности данной категории лиц должна быть настороженность в отношении умышленного нанесения вреда здоровью и членовредительства как разных юридических понятий, несущих в себе разную степень ответственности перед законом. В практической деятельности юристы знают разницу в понятиях «членовредительство» и «умышленное причинение вреда своему здоровью» со всеми вытекающими из этих понятий правовыми последствиями. Медицинские работники данные понятия отождествляют, а это недопустимо,

особенно при оформлении медицинской документации в лечебно-профилактических или экспертных учреждениях. Медицинские работники должны быть юридически грамотными, так как медицинская документация (история болезни, амбулаторная карта и др.) часто является предметом детального исследования и анализа в суде. В своих заключениях врачи должны четко разграничивать ситуацию по утверждениям (обстоятельства получения физических или психических травм со слов пациента) и жалобам пациента (субъективные ощущения, которые переживает пациент) и объективные клинические и параклинические данные (в частности данные о психическом состоянии, размере, месте и характере повреждений, результаты рентгенограммы и лабораторных исследований). Если квалификация и/или опыт врача позволяют, он должен указать, соответствуют ли утверждения пациента его собственным клиническим данным [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Весь медицинский персонал, имеющий хоть малую вероятность столкнуться с оказанием медицинской помощи заключенным, должен иметь доступ к специальным обучающим программам, которые должны реализовываться еще на этапе обучения в медицинских вузах. Тематика этих программ должна охватывать особенности и внутреннюю организацию разных видов исправительных учреждений, риски нарушения этических норм, которые касаются их деятельности по охране здоровья. Проблема выявления фактов членовредительства предопределяет необходимость решения вопроса правомерности проведения расследования, а также последующем доказательственном значении сведений, полученных в результате его проведения, привлечения специалиста; выбора возможностей, объема и способов проведения экспертного исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

1. Соломенцев ВВ. Оценка мнения осужденных о проблеме умышленного причинения вреда своему здоровью. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2014;(1):14. [Solomentsev VV. Assessment of convicts' opinion concerning the problem of deliberate bodily self-damage. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2014;(1):14 (in Russ.)].
2. Шабанов ВБ, Кашинский МЮ. Организационно-правовые проблемы противодействия суицидальным и несуйцидальным аутодеструктивным проявлениям осужденных в местах лишения свободы. *Вестник Воронежского института МВД России*. 2012;(3):17-24. [Shabanov VB, Kashinskiy MYu. Organizational and legal problems of counteraction to suicidal and non-suicidal self-destructive indications of condemned in confinement institutions. *The bulletin of Voronezh Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia*. 2012;(3):17-24 (in Russ.)].
3. Васильченко АВ, Гареев АМ. Вопросы судебно-медицинской диагностики умышленного причинения вреда своему здоровью в местах лишения свободы. Актуальные проблемы госу-

дарства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина. 2016;(19-4):79-82. [Vasilchenko AV, Gareev AM. Issues of forensic diagnostics intentionally caused harm to health in the places of detention. Aktualnye Problemy Gosudarstva i Obshchestva v Oblasti Obespecheniya Prav i Svobod Cheloveka i Grazhdanina. 2016;(19-4):79-82 (in Russ.)].

4. Золотухин КН, Лешкова ВЕ, Галеев ФС. Антибиотикорезистентность у пациентов с абдоминальным сепсисом. особенности формуляра антибактериальных средств. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2001;3(1):16. [Zolotukhin KN, Leshkova VE, Galeev FS. Antibiotic resistance in patients with abdominal sepsis. features of the form of antibacterial agents. Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya. 2001;3(1):16 (in Russ.)].

5. Золотухин КН, Поляков ИВ, Самородов АВ. Мониторинг энергозатрат у пациентов с печеночной недостаточностью после абдоминальных оперативных вмешательств в условиях ОРИТ. Тольяттинский Медицинский Консилиум. 2013;(1-2):15-18. [Zolotukhin KN, Polyakov IV, Samorodov AV. Energy consumption monitoring in patients with liver failure after abdominal surgery in the ICU. Togliatti Medical Consultation. 2013;(1-2):15-18 (in Russ.)].

6. Ураков АЛ, Самородов АВ, Камиллов ФХ, Мустафин ИГ, Халиуллин ФА. Особенности экспрессии Р-селектина и агрегации тромбоцитов под действием лекарственных препаратов. Фармация. 2017; 66(3):43-46. [Urakov AL, Samorodov AV, Kamilov FK, Mustafin IG, Khaliullin FA. P-selectin expression of and platelet aggregation under the action of drugs. Pharmacy. 2017; 66(3):43-46 (in Russ.)].

7. Ураков АЛ, Самородов АВ, Камиллов ФХ, Халиуллин ФА. Полирегионарная агрегатометрия крови пациентов с острым тромбозом, как потенциальная модель доклинических исследований новых корректоров системы гемостаза ex vivo. Регионарное кровообращение и микроциркуляция. 2017;16(1):65-71. [Urakov AL, Samorodov AV, Kamilov FK, Khaliullin FA. Polyregional aggregatometry of blood in patients with acute thrombosis as a potential model for preclicinal studies of new correctors of hemostasis system ex vivo. Regional Haemodynamics and Microcirculation. 2017;16(1):65-71 (in Russ.)].

8. Золотухин КН, Поляков ИВ, Самородов АВ. Сравнительный анализ мониторинга центральной

гемодинамики монитором МПР 6-03 «Тритон» и «Picco Plus». Тольяттинский Медицинский Консилиум. 2012;(3-4):19-23. [Zolotukhin KN, Polyakov IV, Samorodov AV. Comparative analysis of circulatory dynamics monitoring with heartbeat monitor «Triton» vs. «PiccoPlus». Togliatti Medical Consultation. 2012;3-4:19-23 (in Russ.)].

9. Косарев ВВ, Бабанов СА. Фармакоэпидемиологические и фармакоэкономические исследования в современной медицине. Семейная медицина. 2012;(6):90-94. [Kosarev VV, Babanov SA. Pharmacoepidemiological and pharmaco-economic studies in modern medicine. Family Medicine. 2012;(6):90-94 (in Russ.)].

10. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. [Internet] Available from: <http://www.goldcopd.org>.

11. Соломенцев В.В. Умышленное причинение вреда своему здоровью осужденными (междисциплинарный аспект подготовки врачей и юристов высшей школы) // Современные проблемы науки и образования. 2014;(3):434. [Solomentsev VV. Intentional infliction of harm to their health (the interdisciplinary aspect of the training of doctors and lawyers of the higher school. Modern problems of science and education. 2014;(3):434 (in Russ.)].

12. Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания [Электронный ресурс]. Нью-Йорк; Организация Объединенных Наций, 1982. Доступно по: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/medical_ethics_principles.shtml. Ссылка активна на 17.11.2014.

13. Dooris M. Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. Perspectives in Public Health. 2009;129(1):29-36. DOI: 10.1177/1757913908098881.

14. Gatherer A, Fraser A, Hayton P, Moller L. Public health leadership, social justice and the socially marginalised. Public Health. 2010;124(11):617-19. DOI: 10.1016/j.puhe.2010.08.015.

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г. Дата выхода 20.09.2017 г.

Отпечатано на цифровом оборудовании с готового оригинал-макета, представленного авторами.

Формат 60x84 1/8. Усл.-печ. л. 9,07 Тираж 510 экз. Заказ № 78

Адрес типографии: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3, Тел.: (347) 272-86-31

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Цена свободная.