

На правах рукописи

ЗАДАРНОВСКИЙ
Александр Леонидович

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ВРЕДА,
ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ, В СЛУЧАЯХ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ**

14.03.05 – «Судебная медицина»

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва
2010

Диссертационная работа выполнена на кафедре криминалистики ФГОУ ВПО Восточно-Сибирского института Министерства внутренних дел России

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Солодун Юрий Владимирович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
Фетисов Вадим Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор
Новоселов Владимир Павлович

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава»

Защита диссертации состоится 18 марта 2010 г. в 13.30 на заседании Диссертационного совета Д 208.070.01 Федерального государственного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (125284, г. Москва, ул. Поликарпова, дом 12/13).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Федерального государственного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (125284, г. Москва, ул. Поликарпова, дом 12/13).

Автореферат разослан « ____ » _____ 20 ____ года

Ученый секретарь
Диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

О.А.Панфиленко

Общая характеристика работы

Актуальность исследования. Одной из ключевых составляющих правовой защиты психического и физического благополучия человека от преступных посягательств является определение тяжести причиненного ему вреда здоровью, как последствий внешних воздействий на организм, поскольку, главным образом, именно исходя из установленной тяжести вреда, причиненного здоровью человека, современное законодательство предусматривает меру наказания виновного лица.

Среди экспертиз живых лиц – экспертизы по последствиям травм причиняемых в быту (в широком понимании) занимают ведущее место. В бытовой травме значительная часть составляет травматизм в результате насилия в семье. Следует обратить особое внимание, что при семейном насилии, кроме прямого физического воздействия, имеет место еще и другой повреждающий фактор - длительный стресс, переживаемый жертвой. Однако, длительное формирование стойких нарушений здоровья вследствие хронического стресса, делает неочевидным истинную причину заболеваний у потерпевших. В этом контексте семейное насилие в силу его распространенности и цикличности становится особой формой внешнего повреждающего воздействия, с формированием расстройств как на уровне психического, так и соматического реагирования. Современная социальная ситуация, создавая более высокий уровень эмоционального напряжения, обуславливает резко возросшую роль психосоциальных факторов в происхождении болезней (Абабков В.А., Исурина Г.Л., 1992; Александровский Ю.А., 1993; Положий Б.С., 2000, Александровский Ю.А., 2004; Исаев Д.Н., 2005; Сидоров П.И., 2006).

Установление особенностей проявлений расстройства здоровья в условиях семейного насилия позволили предположить, что ведущей причиной, способствующей формированию соматических патологий, является истощение адаптационных способностей к стрессовым реакциям. Это обусловлено сложным механизмом взаимодействия психических процессов и

патофизиологических реакций при развитии субклинических и клинических форм патологии (Смулевич А.Б. с соавт., 1989; Pilowsky I., 1992; Морковкина И.В., Серпуховитина Т.В. 1992; Gwee K. с соавт., 1996; Whitehead W.E., Palsson O.S., 1998). Психосоматическое расстройство в этом случае, выступает как клинически самостоятельная «структурно-функциональная» патология внутренних органов, дифференцирующаяся на «нейроциркуляторную дистонию»; «легочную дистонию», «функциональные гастроинтестинальные расстройства», которые рассматриваются в качестве самостоятельных соматических заболеваний. (Lowry T.P., 1967, Саркисов Д.С., 1998, Маколкин В.И. с соавт., 1995, Фролькис А.В., 1991; Drossman D.A., 1994). Механизмом формирования реакции на любое стрессовое психогенное воздействие некоторые авторы считают развитие психовегетативного синдрома (Захаржевский В.Б. 1990; Вейн А.М., 1991; Лакосина Н.Д, Трунова М.М., 1994).

Психосоматические заболевания представляют сложную проблему, так как, возникая по психическим причинам, они в дальнейшем становятся соматическими по течению, приобретая все те признаки, которые свойственны любому хроническому соматическому заболеванию. (Коркина М.В. и др., 1995). Большинство авторов к собственно психосоматическим болезням относят ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит, тиреотоксикоз, сахарный диабет и некоторые другие (Карвасарский Б.Д., 1990; Исаев Д.Н., 2005).

Трудность диагностики и установление причинно-следственной связи с физической либо психогенной травмой психосоматических заболеваний является основным препятствием в работе практического судебно-медицинского эксперта, затрудняющее полноценную оценку нарушений (вреда) здоровья у потерпевших в результате длительного домашнего насилия. Это и обусловило цель настоящего исследования.

Цель исследования - разработка судебно-медицинской экспертной методики выявления расстройств здоровья, вызванных хроническим стрессом, установления причинной связи с домашним насилием и оценка тяжести причиненного вреда здоровью в соответствии с Правилами, введенными постановлением Правительства РФ № 522 от 17.08.2007, а также ст.52 ФЗ Об охране здоровья граждан.

Задачи исследования:

1. Оценить роль и значение судебно-медицинского освидетельствования и экспертизы в установлении расстройств здоровья, причиненных в условиях домашнего насилия, как медико-социальный показатель.
2. Дать ретроспективную оценку содержания судебно-медицинских экспертных заключений с целью выявления в них квалифицирующих признаков причиненного вреда здоровью, обусловленного домашним насилием.
3. Выявить динамику в состоянии физического здоровья потерпевших в связи с условиями возникновения, проявления и течения соматической патологии, в том числе при неоднократном обращении в экспертное учреждение.
4. Соотнести клинически выявляемые признаки расстройств здоровья у лиц длительно подвергавшихся домашнему насилию с установленной судебно-медицинской экспертизой тяжестью причиненного вреда здоровью.
5. Разработать алгоритм судебно-медицинской экспертной оценки тяжести причиненного вреда здоровью на основе особенностей возникновения и развития соматической патологии у лиц, длительное время подвергающихся домашнему насилию.

Новизна исследования. Впервые обобщены и представлены данные о частоте случаев причинения вреда здоровью потерпевшим от домашнего насилия. При ретроспективной оценке экспертных заключений установлено, что в большинстве случаев освидетельствования и выполнения экспертиз не были объективно выявлены все признаки, позволяющие достоверно

квалифицировать имеющееся расстройство здоровья как причинившие вред различной степени тяжести.

Впервые с использованием интегративного подхода в диагностике (изменения соматического, психического статуса, и психологических характеристик) была проведена комплексная оценка возникновения и развития нарушений в состоянии здоровья женщин, длительно подвергающихся домашнему насилию, позволяющая соотнести их с критериями МКБ-10 и существующими клиническими классификациями.

Выполненные исследования расширяют судебно-медицинские экспертные диагностические возможности при производстве освидетельствований и экспертизы через оценку последствий для здоровья, возникающих при хронической психотравмирующей ситуации сопровождающей домашнее насилие.

Практическая значимость работы. Полученные данные о влиянии домашнего насилия на развитие соматической патологии и ее клинических проявлениях позволили разработать и внедрить алгоритм судебно-медицинского экспертного обследования потерпевших, подвергающихся домашнему насилию, включающий комплексную оценку соматического и психического здоровья.

В результате исследования выделены, описаны и систематизированы клинические признаки расстройств здоровья, находящиеся в этиопатогенетической связи с домашним насилием, что позволяет в условиях ограниченного времени обследования (например, в судебно-медицинской экспертной практике) провести диагностику и определить тактику дальнейших действий врача судебно-медицинского эксперта.

Внедрение в практику. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность отдела экспертизы потерпевших граждан и др. лиц и отдела сложных экспертиз Иркутского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, в учебную деятельность кафедры криминалистики

ФГОУ ВПО Восточно-Сибирского института МВД России, в учебную деятельность Иркутского юридического института (филиал) Академии Генеральной прокуратуры, а также Восточно-Сибирского филиала Российской академии правосудия.

Публикации и апробация работы. По теме диссертации опубликовано 8 печатных работ, из них 1 - в «Сибирском медицинском журнале».

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании областного общества судебно-медицинских экспертов в г.Иркутске 04.04.2007году; на межрегиональной научно-практической конференции «Современные проблемы применения новых медико-криминалистических технологий в расследовании преступлений против личности» в г.Томске 25-26.06.2008 г.; на заседании проблемной комиссии ОНиРИО ВСИ МВД 02.04.2008г.; на совместном заседании заседания кафедры судебной медицины Иркутского Государственного Медицинского университета, кафедры криминалистики и кафедры уголовного процесса Восточно-Сибирского института Министерства Внутренних Дел России, кафедры организации и методики уголовного преследования Иркутского юридического института (филиала) Академии Генеральной прокуратуры РФ 22.11.2008 г.; на научно-практическом семинаре Российской академии правосудия, Управления судебного департамента и Союза юристов Иркутской области «Теоретические и прикладные аспекты использования специальных знаний в российском судопроизводстве» 19.06.09 г.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 129 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, двух глав собственных наблюдений, главы обсуждения результатов, заключения, выводов и указателя литературы, включающего 153 источника отечественной и 62 источника зарубежной литературы. Диссертация иллюстрирована 17 таблицами, 5 диаграммами и 4 рисунками.

Положения, выносимые на защиту:

1. Частота обращений в медицинские и экспертные учреждения пострадавших при домашнем насилии, позволяет говорить о том, что 14 % лиц освидетельствованных в СМЭ составляют самостоятельный ряд бытовой травмы.
2. В большинстве изученных случаев оценки вреда здоровья при домашнем насилии, экспертами были оценены лишь физические телесные повреждения, однако, нередко имеющаяся у потерпевших соматическая патология, находившаяся в причинно-следственной связи с длительно существующим насилием, не была оценена.
3. У лиц, длительно подвергающихся домашнему насилию, выявляются расстройства преимущественно в сердечно-сосудистой системе, нервной системе, характеризующиеся этапностью, нарастанием продолжительности и выраженности расстройств, что позволяет их выявить и связать с длительностью хронического стресса, а также их использовать как объективные критерии при оценке тяжести причиненного вреда здоровью.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности, утвержденные Приказом Минздрава РФ № 02-08/10-1977П от 21.08.00 могут служить критериями экспертной оценки длительности расстройства здоровья при экспертизе тяжести причиненного вреда здоровью человека.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Целью оценки заключений и актов судебно-медицинской экспертизы случаев, сопряженных с насилием в семье было - установить их количественные и качественные характеристики и полученные результаты спроецировать на методику оценки тяжести причиненного вреда здоровью. С этой целью исследовательская работа была разбита на три этапа:

- На первом этапе были проанализированы экспертные заключения и акты судебно-медицинского освидетельствования всего массива потерпевших граждан по г.Иркутску, обратившихся в бюро судебно-медицинской экспертизы за три года. Основной целью данного этапа явилось установление частоты встречаемости случаев обращений в СМЭ по поводу физического насилия в семье и анализ установленной тяжести причиненного вреда здоровью. Параллельно были собраны стандартные социально-демографические показатели из данных медицинских и юридических документов. Для этой цели была разработана и использовалась учетная запись, содержащая следующие сведения: фамилию, имя и отчество экспертируемых, их пол, возраст, адрес, трудовой статус; степень родства с обидчиком; травмирующий предмет; тяжесть причиненного вреда здоровью; основные поврежденные области тела; место происшествия; наличие направления (либо постановления) правоохранительных органов; обращение в лечебные учреждения по поводу данной травмы.

Общее количество выборки за три года (2000-2002гг.) составило 5196 случаев из общего числа 33749 экспертных заключений (15,4 %). Из них: 4724 случая, (14%) где в роли обидчика (агрессора) были члены семьи: 1318 случаев из 11338 экспертных заключений в 2000 году (11,6 %); 1700 случаев из 11196 заключений в 2001г. (15,2 %); и 1706 случаев из 11215 в 2002г. (15,21 %). Было отмечено, что при близких показателях общего числа обратившихся и направленных на СМЭ, число случаев, соотносимых с домашним насилием, имеет тенденцию к росту.

- На втором этапе был проведен анализ записей в амбулаторных картах женщин подвергающихся домашнему насилию, содержащих сведения о их психосоматическом статусе (157). Были изучены данные поликлинического обследования на момент обращения в лечебное учреждение. Параллельно проводилось выявление ретроспективных признаков расстройств здоровья в хронологической последовательности и сопоставимых с жизненной ситуацией.

- На третьем этапе была предпринята попытка проследить связь негативных последствий от психотравмирующей ситуации с состоянием здоровья в отдаленном периоде, в том числе, в группе лиц, неоднократно подвергшихся физическому насилию в семье, в течение анализируемых трех лет.

Контрольную группу составили случаи, когда в роли обидчика выступили соседи, так как по нашему мнению подобные конфликты не несут в себе столь значительный психотравмирующий фактор (472 случай). В контрольной группе (также как и в основной исследуемой группе) значительную часть составили лица среднего работоспособного возраста (25-48 лет).

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствовали о значительном преобладании в группе потерпевших лиц среднего работоспособного возраста (25-48 лет). Другие возрастные группы лиц, пострадавших от насилия в семье, имели значительно меньший удельный вес: так дети до 10 лет являлись участниками семейной драмы в 1,67 %, подростки 10-17 лет пострадали в 4,58 %, а престарелые члены семьи (старше 71 года) пострадали в 6,58 % анализируемых случаев (см. табл. 1).

Таблица № 1.

Распределение экспертируемых по возрастным группам.

	2000	2001	2002	Всего	в %	Контроль ная группа (соседи)	в %
Всего за год	11338	11196	11215	33749			
<i>Случаи домашнего насилия</i>	1318	1700	1706	4724	(14%)	472	
Возраст							
До 10 лет	13	35	31	79	1,67%	5	1,06%
10-14 лет	27	38	43	108	2,28%	10	2,11%
15-17 лет	22	41	46	109	2,3%	16	3,38%
18-25 лет	146	210	157	513	10,85%	40	8,47%
25-32 лет	288	323	320	931	19,07%	74	15,67%
33-40 лет	282	309	275	866	18,33%	79	16,73%
41-48 лет	193	257	259	709	15,0%	78	16,52%
49-56 лет	120	195	198	513	11,86%	60	12,71%
57-64 лет	110	125	92	327	6,92%	35	7,41%
65-70 лет	44	63	151	258	5,46%	27	5,72%
Старше 71 года	73	104	134	311	6,58%	48	10,16%

Субъектом домашнего насилия в подавляющем большинстве случаев (4172 случая – 88,31 %) являлся мужчина. Субъективной стороной в действиях агрессора преобладало физическое насилие. Так в роли агрессора в 37,99 % был муж, в 14,37 % - сожитель, в 9,31 % - сын, в 5,27 % - бывший муж, в 5,18 % - отец. Т.е. наиболее распространено жестокое обращение со стороны близкого мужчины - супруга или сожителя, сына. Женщины выступали в роли агрессора лишь в 552 случаях (11,68 %). Объектом (потерпевшим) наоборот, значительно чаще были женщины (70,6 %), в то время как мужчины стали пострадавшими в 21,16 %. Следовательно, от домашнего насилия женщины страдают в 3,33 раз чаще, чем мужчины.

Таблица № 2.

Субъекты насилия в семье.

Обидчики в семье	2000	2001	2002	Всего	в %
Мужчины	1182	1502	1488	4172	88,31%
Отец	54	104	87	245	5,18%
Отчим (быв.отчим)	20	40	37	97	2,05%
Сожитель матери	9	11	12	32	0,67%
Муж	552	614	629	1795	37,99%
Сожитель (быв.сожит.)	220	226	233	679	14,37%
Быв.муж	48	109	92	249	5,27%
Дедушка		1	3	4	0,08%
Дядя	1	6	5	12	0,25%
Брат	60	70	66	196	4,15%
Сын	121	170	149	440	9,31%
Пасынок	4	15	8	27	0,57%
Зять (быв.зять)	73	80	81	234	4,95%
Сожитель дочери	3	13	17	33	0,69%
Опекун		2	1	3	0,06%
Свекр	1	2	1	4	0,08%
Тесть	1	3	5	9	0,19%
Внук	9	21	19	49	1,03%
Брат жены			2	2	0,04%
Брат сожительницы			2	2	0,04%
Брат мужа		6	6	12	0,25%
Любовник жены		1	1	2	0,04%
Муж быв.жены			1	1	0,02%
Муж сестры			10	10	0,21%
Любовник сестры			1	1	0,02%
Сожитель сестры			6	6	0,12%
Сожитель внучки			1	1	0,02%
Муж внучки			1	1	0,02%
Племянник	6	8	8	22	0,46%

Муж племянницы			1	1	0,02%
Муж подруги			1	1	0,02%
Квартирант			2	2	0,04%
Женщины	136	198	218	552	11,68%
Мать	17	18	21	56	1,18%
Бабушка			3	3	0,06%
Сестра	17	10	17	44	0,93%
Дочь	47	39	43	129	2,73%
Падчерица		1	4	5	0,1 %
Жена	19	39	44	102	2,15%
Быв.жена	7	7	-	14	0,29%
Сожительница	3	11	12	26	0,55%
Невестка (быв.нев.)	16	30	25	71	1,5 %
Сожительница сына	2	2	6	10	0,21%
Свекровь (быв.свекр.)	6	11	12	29	0,61%
Теща	1	2	6	9	0,19%
Внучка	1	11	6	18	0,38%
Племянница		7	5	12	0,25%
Сестра жены			2	2	0,04%
Быв.жена мужа (сожителя)			9	9	0,19%
Любовница мужа		6	2	8	0,16%
Сестра быв.мужа		4	1	5	0,1 %

Также, из 4724 экспертных случаев обращений по поводу домашнего насилия было выявлено 848 случаев (17,95 %) повторного обращения на экспертизу. Следовательно, повторное обращение в экспертное учреждение по поводу причинения вреда является важным показателем многократного психотравмирующего воздействия на жертву и требует особо внимательного отношения эксперта к оценке истинного состояния здоровья экспертируемых.

В сравнении с однократными обращениями на освидетельствования в СМЭ - при повторных случаях значительно чаще в роли агрессора выступал бывший муж (5,27% среди однократных обращений и 9,9 % случаев среди повторных обращений), и примерно с той же частотой встречались случаи, когда в роли агрессора выступал муж (37,99 % и 37,02 %), сожитель (14,37 % и 15,56 %), сын (9,31 % и 9,31 %). Этим подчеркивается то обстоятельство, что психотравмирующая ситуация сохраняется в семье до тех пор, пока источник воздействия не будет устранен.

В тоже время, в контрольной же группе (среди соседей) за три года было выявлено значительно меньше - всего 7 случаев повторных обращений (1,48 %). Это свидетельствует о том, что в условиях семейных конфликтов - насилие приобретает более значимую роль, нежели за пределами семьи.

Распределение показателей социального статуса экспертируемых выявляет представителей различных социальных и профессиональных групп. Доля не работающих граждан и пенсионеров среди лиц пострадавших от домашнего насилия и обратившихся в СМЭ составила 27,07 %, учащихся – 6,47 %, частных предпринимателей 3,32 %, основную же долю составили работающие в различных сферах - 63,11 %. Эти показатели соотносятся с наиболее активным средним возрастом пострадавших (таблица № 1), которые и составляют работающую часть населения.

Таблица № 3.

Показатели социального статуса освидетельствованных лиц

	2000	2001	2002	Всего	в %
<i>Всего освидетельствований</i>	<i>11338</i>	<i>11196</i>	<i>11215</i>	<i>33749</i>	
<i>Выявленные случаи дом. насилия</i>	<i>1318</i>	<i>1700</i>	<i>1706</i>	<i>4724</i>	
РОД ЗАНЯТИЙ					
Учащиеся	62	124	120	306	6,47
Научные работники	6	9	6	21	0,44
Военнослужащие, сотрудники правоохранительных органов	18	31	18	67	1,42
Руководящие работники (директора, высший менеджмент и т.д.)	21	21	33	75	1,58
Специалисты (инженеры, врачи, учителя, экономисты и т.п.)	126	173	145	444	9,4
Служащие (средний персонал, низший менеджмент и пр.)	270	295	317	882	18,67
Работники сферы обслуживания	184	228	191	603	12,76
Рабочие (физический труд)	85	98	99	282	5,97
Неквалифицированный труд (сторож, уборщица, гардеробщица)	188	237	183	608	12,87
Частный предприниматель	46	69	42	157	3,32
Пенсионер	117	167	285	569	12,04
Не работают	195	248	267	710	15,03

Как в группе пострадавших от домашнего насилия, так и в контрольной группе повреждения не причинившие вред здоровью (которые составили 78,59 % в первой и 84,95 % во второй группе). Но в сравнении с контрольной группой

– у лиц подвергшихся физическому насилию со стороны родственников чаще встречались травмы причинившие средней тяжести вред (4,27 %) и тяжкий вред здоровью (2,47 %), в то время как в контрольной группе тяжкий вред здоровью был причинен лишь в 4 случаях, что составило 0,84 %, а средней тяжести вред здоровью был причинен в 3,81 %.

Таблица № 4.

Характеристика тяжести вреда здоровью.

	2000	2001	2002	Всего		<i>Контрольная группа</i> 472	
Общее кол-во всех экспертиз	11338	11196	11215	33749			
Кол-во случаев домашнего насилия	1318	1700	1706	4724			
Тяжесть причиненного вреда: не причинив.	1064	1325	1324	3713	78,59 %	401	84,95%
Легкий	194	248	250	692	14,64 %	49	10,38%
Средний	38	80	84	202	4,27 %	18	3,81 %
Тяжкий	22	47	48	117	2,47 %	4	0,84 %

Среди случаев повторных обращений в СМЭ выявилась тенденция к растущей от случая к случаю жестокость и травматичность внутрисемейных конфликтов. В контрольной группе (среди соседей) повторные обращения были только по поводу незначительных травм - не причинивших вред здоровью.

Таблица № 5.

Соотношение травм по тяжести причиненного вреда здоровью в случаях неоднократного насилия.

Кол-во повторных случаев домашнего насилия	848	<i>Контрольная группа - 7</i>
Тяжесть причиненного вреда:.		
не причинен вред	83,95 %	100 %
Легкий	10,95 %	
Средний	3,72 %	
Тяжкий	1,37 %	

В подавляющем большинстве в случаях домашнего насилия травмы были причинены дома 86,35 %; в 0,29 % конфликт происходил на работе, в 0,17 % - во дворе, в 0,11 % - в а/машине, в 0,11 % - в гостях, и в 0,88 % в других местах, в 11,23 % место происшествия не установлено.

Локализация повреждений по анатомическим областям тела в исследуемой группе представлена следующим образом: голова 18,17 %, сочетание различных частей тела от 9,29 % до 13.52 %. Та же закономерность прослеживалась и в контрольной группе.

И в исследуемой и в контрольной группе не выявлено значительных различий в процентном соотношении числа пострадавших обращающихся за медицинской помощью в различные учреждения и не обращавшихся за таковой. Их было около 66 % как в исследуемой, так и в контрольной группах. Однако в случаях насилия в семье несколько чаще потерпевшие обращались за медицинской помощью в больницы (13,65 %), чем в контрольной группе (9,95 %).

Таблица № 6.

Соотношение случаев различной тяжести вреда здоровью при травмах причиненных насилием в семье в зависимости от обращаемости в различные медицинские учреждения, а также характера травмирующего предмета.

Домашнее насилие	Всего		Не причинили вред		Легкий вред		Средней тяжести вред		Тяжкий вред	
Обращения за мед.помощью	1594	100%	862	54%	411	25,78%	204	12,79%	117	7,34%
Травм.пункт	758	100%	515	67,94%	162	21,37%	81	10,68%		
Больницы	645	100%	207	32,09%	212	32,86%	110	17,05%	116	17,98%
Скорую помощь	81	100%	61	75,3%	15	18,51%	4	4,93%	1	1,23%
Поликлинику	110	100%	79	71,81%	22	20%	9	8,18%		
Травм.предмет										
Нож	191	100%	19	9,94%	83	43,45%	14	7,32%	75	39,26%
Топор	28	100%	13	46,42%	15	5,35%				
Др.метал.предмет	43	100%	11	25,58%	25	58,13%	7	16,27%		
Стекло	6	100%	4	66,66%	2	3,33%				
Бутылка	14	100%	14	100%						
Зубы	7	100%	4	57,14%	2	28,57%	1	14,28%		
Палка	57	100%	57	57,14%	33		5		2	

Таблица № 7.

Соотношение случаев различной тяжести вреда здоровью при травмах причиненных в контрольной группе в зависимости от обращаемости в различные медицинские учреждения, а также характера травмирующего предмета.

Контрольная группа	Всего	Не причинили вред	Легкий вред	Средней тяжести вред	Тяжкий вред
Обращения за мед.помощью	160 100% 100%	108 67,5% 100%	32 20% 100%	15 9,37% 100%	5 3,12% 100%
Травм.пункт	93 100% 58,12%	71 76,34% 65,74%	14 43,75% 15,05%	8 53,33% 8,6%	
Больницы	47 100% 29,37%	23 48,93% 21,29%	13 40,62% 27,65%	6 40% 12,76%	5 100% 10,63%
Скорую помощь	10 100% 6,25%	5 4,62% 50%	4 12,5% 40%	1 6,66% 10%	
Поликлинику	10 100% 6,25%	9 8,33% 90%	1 3,12% 10%		
Травм.предмет					
Нож	11 100% 6,87%	2 1,85% 18,18%	9 28,12% 81,81%		
Др.метал.предмет	15 100% 9,37%	10 9,25% 66,66%	5 15,62% 33,33%		
Бутылка	1 100% 0,62%	1 0,92% 100%			
Зубы	1 100% 0,62%	1 0,92% 100%			
Палка	12 100% 7,5%	10 9,25% 83,33%	2 6,25% 16,66%		

При сравнении полученных табличных данных совершенно очевидно, что в баталиях между соседями (контрольная группа) в качестве травмирующего предмета чаще используются различные подручные предметы (палка в 7,5 %, другие металлические предметы /в том числе лом, монтировка, вилы/ - в 9,37 %), однако причиняемые травмы были незначительны (в обоих случаях в 9,25 % травмы оценены как не причинившие вред здоровью; в 6,25 % при ударах палкой и 15,62 % металлическими предметами травмы оценены как причинившие легкий вред здоровью). Незначительное количество случаев, оцененных как средней тяжести и тяжкий вред здоровью, причинены в результате падений.

В случаях травм причиненных при насилии в семье - основным травмирующим предметом являлся нож (в 11,98 %), из них в 39,26 % травмы причинили тяжкий вред здоровью. Среди различных травм при семейном насилии оцениваемых как тяжкий вред здоровью – травмы, причиненные ножом, составили 64,1 %.

Причинение повреждений ножом в известной мере может указывать на умысел, направленный на причинение тяжкого повреждения и высокую вероятность возникновения страха или ужаса у жертвы. Этот страх может быть спроецирован и в дальнейших переживаниях ситуации насилия.

Для статистического анализа полученных результатов с помощью программы Биостат произведено вычисление критерия Хи-квадрат. Значимыми считались результаты при значениях $p \leq 0,05$. Сравнение производилось между обращениями в различные типы мед.учреждений в исследуемой и контрольной группе. Статистический анализ показал отсутствие значимости различий в исследуемой группе (в сравнении с контрольной) по обращаемости в конкретные медицинские учреждения. Значимым можно считать только общее количество обратившихся за медицинской помощью ($p = 0,011$), вероятно за счет более тяжелых травм и лечения в больницах.

Таблица № 8.

Статистический анализ частоты обращаемости за мед.помощью при различной тяжести причиненного вреда здоровью у лиц подвергнувшихся насилию в семье в сравнении с контрольной группой.

	Не причинили вред		Легкий вред		Средней тяжести вред		Тяжкий вред		статистический анализ		
	<i>насил. в семье</i>	<i>Контр. группа</i>	<i>насил. в семье</i>	<i>Контр. Группа</i>	<i>насил. в семье</i>	<i>Контр. Группа</i>	<i>насил. в семье</i>	<i>Контр. Группа</i>	χ^2	P	
Обращения за мед.помощью	862	108	411	32	204	160	117	15	2	11,74	0,011
Травм.пункт	515	71	162	14	81	93	-	8	1	2,79	0,246
Больницы	207	23	212	13	110	47	116	6	2	5,94	0,151
Скорую помощь	61	5	15	4	4	10	1	1			
Поликлинику	79	9	22	1	9	10	-				

При сопоставлении этих данных и тяжести причиненного здоровью выявляется существенная разница между количеством обратившихся за медицинской помощью и проходивших лечение в различных мед.учреждениях (33,72 %) и количеством случаев, когда экспертами был установлен вред здоровью различной степени тяжести (21,41 %). Частично, такое различие может быть объяснено недостаточным обоснованием диагноза, установленного врачами, и зафиксированными в медицинских документах клиническими проявлениями. Но,

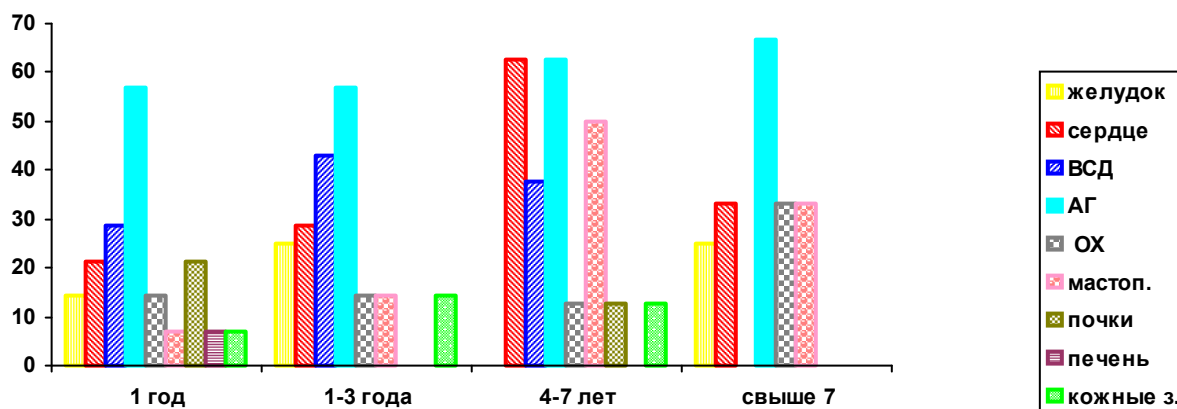
очевидно, есть и другая причина, которая не менее существенно влияет на экспертную оценку причиненного вреда здоровью. Это - невозможность связать лечение последствий травмы с устоявшимся в экспертной практике «привычным» понятием «травмы». К примеру, расстройство здоровья и лечение по поводу астено-невротического синдрома в настоящее время судебно-медицинскими экспертами не связывается с фактом «травмы», хотя основанной причиной этого синдрома является перенесенный стресс, сопровождающий причинение физической травмы.

Представленные в таблице данные свидетельствуют об отчетливой тенденции роста числа неприятных субъективных ощущений и жалоб в зависимости от продолжительности психотравмирующей ситуации.

Таблица № 9.

Частота встречаемости и распределение жалоб потерпевших по органам

Продолжит. конфликт. Ситуации	всего	Напр. МВД	Отсутствие заболеваний	Желудок	Сердце	ВДС	Артериальная Гипертензия	Остеохондроз	Мастопатия	Почки	Печень	Экзема, кожные з-я	Другие
До 1 года	14	8 57%	1 7,14%	5 35,7%	3 21,4%	4 28,5%	8 57%	2 14,3%	1 7,14%	3 21,4%	1 7,14%	1 7,14%	Наруш-е зрения, Суицид. Нейропатия
1 - 3 года	7	4 57%		1 14,3%	2 28,6%	3 42,8%	4 57%	1 14,3%	1 14,3%			1 14,3%	Анемия,
4 - 7 лет	8	3 37,5%		2 25%	5 62,5%	3 37,5%	5 62,5%	1 12,5%	4 50%	1 12,5%		1 12,5%	лейкоп-я Бр. астма
Свыше 7 лет	3	1 33,3%			1 33,3%		2 66,6%	1 33,3%	1 33,3%				Заб-я эндокринной с-мы
ВСЕГО	32	16 50%	1 3,1%	8 25%	11 34,4%	10 31,2%	19 59,3%	5 15,6%	7 21,8%	4 12,5	1 3,1%	3 9,3%	



К числу наиболее значимых жалоб можно отнести: боли и стойкие нарушения

сердечно-сосудистой системы, артериального давления, половой сферы, а также гинекологические заболевания, болезни желудка.

Данные о частоте встречаемости жалоб и заболеваний, полученные при подробном расспросе женщин, проходивших освидетельствование в СМЭ по поводу травм причиненных родственниками, указали на необходимость более глубокого изучения заболеваемости среди лиц подверженных длительному стрессу в семье. С этой целью дополнительно было изучено 157 амбулаторных карт. Для контрольной группы было методом случайного отбора было взято 15 амбулаторных карт женщин среднего возраста. Данные о состоянии здоровья оценивались в хронологическом порядке в соответствии с записями в амбулаторных картах. Имевшие место записи занесенные в карту амбулаторного больного, а также данные дополнительных исследований (ЭЭГ, ЭКГ, КТ, рентгеноскопия, ФГС, лабораторные исследования и др.) сопоставлялись с началом и продолжительностью психотравмирующей ситуации. В целях снижения влияния возрастного фактора на полученные результаты в анализируемую группу были отобраны медицинские карты потерпевших только среднего возраста (от 25 лет до 45 лет). Основные жалобы пациентов систематизировались по функциональным системам, началу возникновения. Отдельно был проанализирован алгический синдром.

С целью подтверждения статистической значимости полученных результатов с помощью программы Биостат произведен вычисление критерия Хи-квадрат. Значимыми считались результаты при значениях $p \leq 0,05$. Сравнение производилось между заболеваемостью по различным системам в исследуемой и контрольной группе. Статистический анализ показал значимость различия в исследуемой группе (в сравнении с контрольной) по частоте встречаемости заболеваний нервной системы ($p=0,022$) и сердечно-сосудистой системы ($p=0,04$). Частоту встречаемости заболеваний пищеварительной ($p=0,064$) и опорно-двигательной системы ($p=0,07$) можно считать с тенденцией к статистически значимой.

Таблица № 10.

Статистический анализ частоты встречаемости заболеваний у лиц подвергнувшихся насилию в семье в сравнении с контрольной группой.

<i>Продолжительность стрессовой ситуации</i>	<i>до 1 года</i>		<i>2-4 года</i>		<i>5 лет и более</i>		<i>расчет статистической значимости результатов</i>			<i>Контр. Гр</i>	
	ВСЕГО		74		51		χ^2	χ^2	ρ	15	
<i>Заболевания</i>	<i>всего</i>	<i>%</i>	<i>всего</i>	<i>%</i>	<i>всего</i>	<i>%</i>	χ^2	χ^2	ρ	<i>всего</i>	<i>%</i>
Нервной системы	6	35,29	39	52,7	22	43,13	2	7,63	0,022	6	40
Дыхательной системы	1	5,88	3	4,05	2	3,92	-	-	-	3	19,99
Сердечно-сосудистой системы	5	29,41	21	28,37	28	54,9	2	6,44	0,04	6	40
Пищеварительной системы	6	35,29	8	10,81	15	29,41	2	5,46	0,064	5	33,33
Мочеполовой системы	9	52,94	26	35,13	19	37,25	2	2,48	0,27	6	40
Эндокринной системы	-	-	8	10,81	11	21,57	1	0,002	0,96	4	26,66
Опорно-двигательной системы	3	17,64	14	18,91	17	33,33	2	5,32	0,07	7	46,66

Анализируя показатели распределения симптомов и болезненных расстройств при длительно протекающей психотравмирующей ситуации можно отметить следующие особенности. Так, в течение первого года жалобы и проявления функциональных расстройств касаются в основном желудочно-кишечного тракта, половой сферы и неврологических расстройств. В последующем на передний план выходят расстройства сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертензия, гинекологические заболевания. Астенические расстройства уменьшаются и приобретают характер синдромов сочетанных с конкретной нозологией.

Рост заболеваний сердечно-сосудистой системы в условиях хронического стресса возрастает с 29,41 % (в первый год) до 54,9 % (через 5 лет), нервной системы с 35,29 % до 52,7 % соответственно. В тоже время в контрольной группе заболеваемость нервной системы была ниже на 12,7 %, а сердечно-сосудистой системы ниже на 14,9 %. Изменения заболеваемости по другим системам (мочеполовой, эндокринной, дыхательной, опорно-двигательной) были не существенны.

Обращает внимание высокий процент наличия различных функциональных жалоб в первый год после возникновения психотравмирующей ситуации в семье, и постепенное снижение наличие таких жалоб с одновременным ростом заболеваний по этим системам. Так, жалобы на боли в эпигастральной области в первый год встречались в 23,53 %, и были отмечены лишь в 1,96 % через 5 лет сохранения дома неблагополучной ситуации. В тоже время, хронический гастрит выявляемый в 5,88 % в первый год, через 5 лет встречался в 17,64 %. Аналогично и по другим системам функциональные жалобы постепенно трансформировались в органическую патологию.

Выявленная картина наглядно демонстрирует ведущую роль длительно сохраняющегося (хронического) стресса в формировании отдельных соматических (психосоматических) заболеваний. Дополнительным подтверждением роли хронического стресса в возникновении функциональных расстройств в первый год является алгический синдром, который в более позднее время перерастает в стойкие изменения, подчас имеющие морфологические признаки определенных нозологических заболеваний, по поводу которых врачами назначалось соответствующее лечение. Однако, ни в одном случае экспертами не была дана (какая-либо) оценка присутствующей нетравматической, соматической или психосоматической патологии. Вместе с тем, при возможности установить причинную связь между возникшей соматической (психосоматической) патологией и стрессовой ситуацией (насилием в семье) очевидной становится необходимость в судебно-медицинской оценке причиненного вреда здоровью. При этом, на наш взгляд, достаточно критерия длительности расстройства здоровья.

При детальном и целенаправленном расспросе подэкспертных возможно выявление экспертами симптомов и синдромов, указывающих на вероятное наличие психосоматической патологии. Для нацеливания внимания эксперта на наличие депрессивных расстройств либо иных последствий длительного стресса и с целью объективизации данных осмотра можно рекомендовать при

первичном освидетельствовании проводить достаточно простой тест – «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (*Руководство по медицинской профилактике под ред. Р.Г.Оганова, Р.А.Хальфина, 2007.*) Данный тест считается одним из наиболее надежных скрининговых инструментов в диагностике психосоциальных расстройств. При выявлении экспертом симптомов и синдромов, указывающих на вероятное наличие психосоматической патологии, эксперт обязан направить на дообследование, либо в экспертном учреждении провести дополнительный консультативный осмотр узким специалистом с целью подтверждения диагноза (заболевания) и установления причинной связи с травмой (установление причины возникновения заболевания). Для доказательности оценки вегетативной нервной системы, которая в первую очередь бывает задействована при любой психосоматической патологии, можно использовать метод «ручного» математического анализа вариабельности РС при записи ЭКГ, предложенный Р.М.Баевским. Данный метод позволяет оценить вегетативный тонус и характер симпатико-парасимпатических соотношений.

Заключение, в подобных случаях, необходимо давать комиссионно, в рамках возбужденного уголовного дела или судебного иска с привлечением врачей специальностей, соответствующих выявленной посттравматической патологии (заболевания).

С целью установления и объективизации бытовой психотравмы, и установления причинной связи возникшего заболевания (либо расстройства здоровья) с физической либо психической травмой, и экспертной оценки тяжести причиненного вреда здоровью мы предлагаем использовать следующий алгоритм проведения комиссионной экспертизы:

1) Детальный опрос свидетельствуемой (свидетельствуемого) либо экспертируемого с целью установления обстоятельств, характера, способа причинения, кратности (периодичности) и давности травмы;

При сборе анамнеза указать:

- дату, когда была причинена травма (или травмы) – это позволит эксперту отделить последствия конкретной травмы от других травм и заболеваний, прицельно исследовать представленные медицинские документы и устранить возможные неточности указания времени травмы в направлении документа;
- кем была причинена травма (с указанием социального статуса, рода занятий нападавшего) – поскольку подобная информация поможет эксперту допустить возможность психологического воздействия на жертву, сокрытие информации экспертируемым, а также в дальнейшем может стать фактом подтверждающим «оговор»;
- каким предметом и каким способом причинена травма – так как такие сведения необходимы для целенаправленного осмотра экспертом с целью выявления наружных телесных повреждений и возможных более тяжелых повреждений костей скелета и внутренних органов ;
- обстоятельства при которых была причинена травма – позволят установить род травмы, а также предположить возможность перенесенного стресса;
- наличие предшествующих травм и длительности неблагоприятной ситуации в семье – даст возможность соотнести выявленные травмы и болезненные изменения с конкретными противоправными действиями;
- куда обращались после причинения травмы (в милицию, травмпункт, скорую помощь, к соседям и т.д.) – так как это позволит не только предварительно судить о тяжести полученных повреждений, но и даст конкретные указания на необходимость истребования медицинских документов, а также при необходимости восполнить свидетельские показания;
- какие изменения состояния здоровья отмечались на момент причинения повреждений и в последующем (боль, утрату сознания, обморочное состояние) – даст предварительную возможность эксперту судить о вероятной тяжести полученной травмы и полноте событий воспроизводимых экспертируемым;

- какие использовались лекарственные препараты для устранения развившихся после происшествия симптомов – *так как это поможет не только предположить о возможной «смазанности» симптоматики, но и подтвердит «истинность» болезненных ощущений;*
 - какова динамика в состоянии здоровья после травмы (или повторных обращений), наличие депрессии, аффекта, астении – *позволит эксперту судить о возможном развитии психосоматических заболеваний и расстройствах психики;*
 - какими заболеваниями страдала потерпевшая до травмы и время их возникновения – *даст эксперту возможность отделить соматическую патологию от последствий травмы;*
 - каково состояние здоровья (психическое и соматическое) на момент освидетельствования (экспертизы) – *поскольку собственная оценка обследуемого свидетельствует об его адекватности оценки и поведения, а также о возможных расстройствах нервной деятельности;*
- 2) Детализация жалоб экспертируемого на изменение состояния здоровья с указанием интенсивности, локализации, продолжительности, время возникновения, характера боли (либо иных изменений) – *позволит эксперту предположить имеющуюся патологию как травматической природы, так и соматическую;*
- 3) Осмотр экспертируемого с целью выявления и описания видимых телесных повреждений и симптомов указывающих на возможное повреждение внутренних органов, нарушения целостности костно-суставной системы, а также функциональных нарушений возможно связанных с физической либо психической травмой – *даст объективные данные о наличии болезненных изменений, которые будут положены в основу экспертного заключения;*
- 4) Выявление синдромального диагноза (детализация болевого синдрома, наличие вегетативной симптоматики) – *позволит эксперту предположить наличие травматической, соматической либо психосоматической патологии и*

целенаправленно направить на дообследование к конкретному специалисту с предварительным диагнозом;

5) Проведение тестирования на выявление клинической значимости тревоги и депрессии (н/п проведение теста «Госпитальная шкала тревоги и депрессии») – *поможет оценить значимость для экспертируемого перенесенного стресса и допустить стресс как возможную причину формирования психосоматического заболевания.*

6) Направление на обследование к узким специалистам соответственно с выявленными симптомами - *даст возможность подтвердить, уточнить предварительный диагноз и дополнить объективными данными, либо опровергнуть его;*

7) Изучение медицинской документации содержащей сведения и состоянии здоровья экспертируемого до травмы и в последующем (вплоть до времени проведения экспертизы либо освидетельствования) – *позволит дифференцировать последствий конкретных событий от имеющейся ранее патологии и соотнести начало проявления болезненных изменений со временем причинения травмы;*

8) Дополнительное проведение консультативных осмотров и заочных консультаций мед.документации (в том числе рентгенологических и компьютерных исследований) с целью подтверждения установленных диагнозов и их причинно-следственной связи с травмой в неясных, либо сомнительных случаях – *помогут решить вопросы вызывающие сомнения о характере и природе происхождения болезненных изменений;*

9) Установление этиопатогенетической (причинно-следственной) связи между выявленными посттравматическими состояниями и заболеваниями с фактом травматического воздействия (физической травмой либо психотравмой). В необходимых случаях целесообразно использовать методы функциональной диагностики вегетативных нарушений (например, метод анализа вариабельности синусового ритма по Баевскому) - *для этой цели, в*

виду трудности диагностики и специфичности такого рода заболеваний, необходимо привлекать узких специалистов соответствующих профилей, и совместно формулировать диагноз посттравматического заболевания, с указанием причиненной связи его возникновения с теми или иными перенесенными травмами или психотравмирующими ситуациями, при этом в состав комиссии (помимо других узких специалистов) целесообразно привлекать медицинского психолога;

10) Составление выводов о характере травмы, давности и механизме ее причинения, исходе травмы и тяжести причиненного вреда здоровью – *должно сопровождаться аргументацией конкретными фактами, сроками и объективными симптомами;*

11) Использовать как критерий оценки тяжести причиненного вреда здоровью в результате возникшего заболевания (расстройства) - *длительность расстройства здоровья (как единственно возможный критерий при оценки психосоматической патологии).*

ВЫВОДЫ:

1. Производство судебно-медицинских экспертиз и освидетельствований экспертизы живых лиц позволило установить в 14 % повреждения и расстройства здоровья, связанные с насилием в семье. При этом расстройства состояния здоровья составили легкий вред здоровью в 14,64%, средней степени в 4,27% и тяжкий вред в 2,47% случаев.
2. Помимо телесных повреждений у жертв насилия в семье в 17,2 % случаев выявлены расстройства здоровья в форме четко-очерченных соматических заболеваний, состоящих в причинной связи с длительной психотравмирующей ситуацией.
3. Функциональные нарушения со стороны сердечнососудистой и нервной системы формируются преимущественно в первый год психотравмирующей

ситуации и на фоне продолжающегося стресса в последующем перерастают в стойкие заболевания, соответствующие нозологическим формам.

4. Рост показателей заболеваний сердечнососудистой системы в условиях хронического стресса увеличивается с 29,41 % (в первый год) до 54,9 % (при продолжительности хронического стресса свыше 5 лет), а нервной системы с 35,29 % до 52,7 %. В то время как в контрольной группе заболеваемость нервной системы была ниже на 12,7 %, а сердечно-сосудистой системы ниже на 14,9 %.
5. Проведение судебно-медицинских экспертиз тяжести причиненного вреда здоровью у жертв насилия в семье должно сопровождаться сбором клинически значимой информации, включать психологическое тестирование, дополнительное обследование терапевтом, консультацию медицинским психологом, психиатром, для объективного установления нозологии.
6. При производстве судебно-медицинской экспертизы и оценке тяжести причиненного вреда здоровью в качестве ориентировочных рекомендуем использовать средние сроки нетрудоспособности утвержденные МЗ РФ в соответствии МКБ-10.

Практические рекомендации

1. При проведении исследований лиц подвергшихся насилию в семье и обратившихся за освидетельствованием - сбор информации должен быть нацелен на выявление расстройств пищеварительной, нервной, сердечно-сосудистой систем, половой, а также психической сферы.
2. Причинно-следственную связь между насилием в семье и отдельными заболеваниями можно выявить через: соответствия времени возникновения психотравмирующей ситуации и началом клинических проявлений заболевания; наличие стресса как этиопатогенетического фактора;

подтверждение значимости перенесенного хронического стресса результатами функциональной диагностики вегетативных расстройств и проведенного тестирования.

3. Для оценки значимости для подэкспертного перенесенного стресса в формировании психосоматического заболевания целесообразно использовать тест «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», метод психосемантического тестирования (психозондирование) АПК (аппаратно-программным комплексом) MindReader. (<http://www.mindreader.ru/index.php?met>)

Список работ опубликованных по теме диссертации:

1. Задарновский А.Л. Экспертиза домашнего насилия // Правовые, нравственные и медицинские проблемы насилия в семье : Сборник материалов Российско-Американского семинара по домашнему насилию – Иркутск: ВСИ МВД России, 2002. – С. 58-60.
2. Задарновский А.Л. К вопросу судебно-медицинских аспектов при экспертизе потерпевших в случаях домашнего насилия / А.Л.Задарновский, О.Ю.Злобина, Ю.В.Солодун // Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы : Сборник научных трудов – Красноярск, 2006. – С. 140-142.
3. Задарновский А.Л. Экспертный подход к оценке тяжести вреда здоровью в случаях домашнего насилия / А.Л. Задарновский, Ю.В. Солодун // Современные проблемы применения новых медико-криминалистических технологий в расследовании преступлений против личности : Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции – Томск; Печатная мануфактура, 2008. – С. 44-47.
4. Солодун Ю.В. Судебно-медицинская экспертиза тяжести причиненного вреда здоровью в случаях психической травмы / Ю.В.Солодун,

- А.Л.Задарновский, О.Ю.Злобина // Актуальные вопросы судебных экспертиз : Материалы международной научно-практической конференции – Иркутск: ФГОУ ВПО «Восточно-Сибирский институт МВД России», 2009 – С. 48-53.
5. Солодун Ю.В. Медико-правовые аспекты в защите потерпевших от последствий психической травмы / Ю.В.Солодун, О.Ю.Злобина, А.Л.Задарновский // Актуальные проблемы права, экономики и управления: Сборник статей международной научно-практической конференции – Иркутск: РИО САПЭУ, 2009. – Вып. V, Т. II. – С. 272-274.
6. Задарновский А.Л. Установление психосоматических расстройств у жертв насилия в семье при производстве судебно-медицинской экспертизы / А.Л.Задарновский, Ю.В.Солодун // Сибирский медицинский журнал – 2009. - № 3, Т. 86 – С. 91-93.
7. Задарновский А.Л. Возможности судебно-медицинской экспертизы при определении тяжести причиненного вреда здоровью в случаях насилия в семье // Теоретические и прикладные аспекты использования специальных знаний в российском судопроизводстве : материалы научно-практического семинара – Иркутск: ИГУ, 2009. – С. 37-42.
8. Солодун Ю.В. Судебно-медицинская экспертиза при оценке психосоматических расстройств, связанных с длительным внутрисемейным насилием / Ю.В.Солодун, А.Л.Задарновский // О проблемных вопросах организации производства судебно-медицинских экспертиз : сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции под общ. ред. проф. В.В. Колкутина. – М. : РИО ФГУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2009. – С. 215-231.