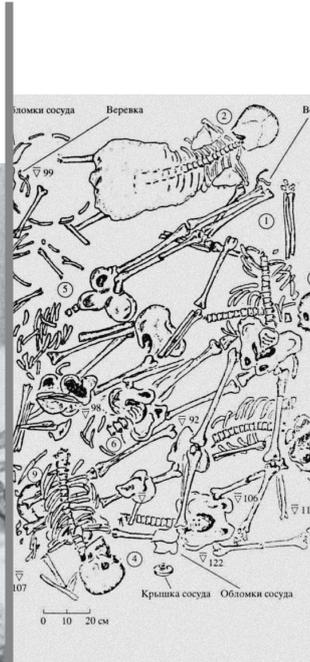
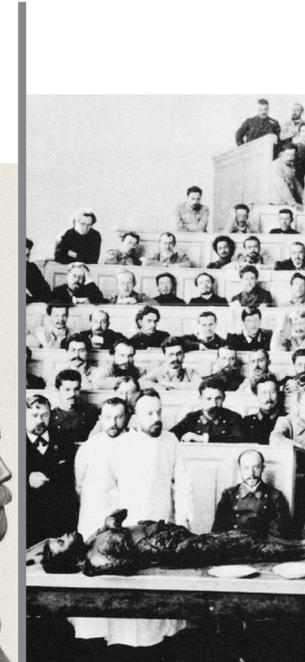
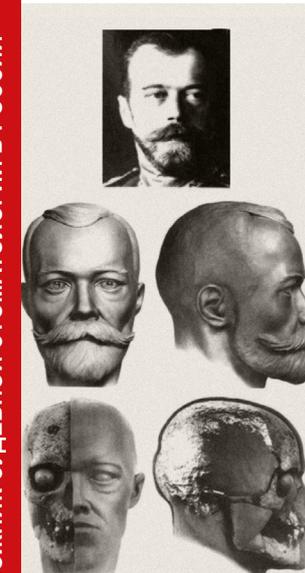




Московский государственный  
медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова



Г.И. ВИЛЬГА – ОСНОВОПОЛОЖНИК СУДЕБНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РОССИИ



Издание выпущено при поддержке  
Российского общества историков медицины

[www.historymed.ru](http://www.historymed.ru)



К.А. Пашков, Е.Х. Баринев, К.А. Борисенко,  
А.В. Белолопоткова, П.О. Ромодановский

## Г.И. ВИЛЬГА – ОСНОВОПОЛОЖНИК СУДЕБНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РОССИИ

Монография

Москва 2019

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. А.И. Евдокимова

К.А. Пашков, Е.Х. Баринов, К.А. Борисенко,  
А.В. Белолопоткова, П.О. Ромодановский

**Г.И. ВИЛЬГА – ОСНОВОПОЛОЖНИК  
СУДЕБНОЙ СТОМАТОЛОГИИ  
В РОССИИ**

*Монография*

Москва  
2019

**Рецензенты:**

**Ю.И. Бурого**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины Кемеровской государственной медицинской академии

**Д.В. Сундуков**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины Российского университета дружбы народов

**Авторы:**

**К.А. Пашков**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

**Е.Х. Барин**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, член Союза журналистов России

**К.А. Борисенко**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры клинической стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

**А.В. Белолапоткова**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

**П.О. Ромодановский**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

**Г.И. Вильга** – основоположник судебной стоматологии в России :  
В46 монография / К.А. Пашков [и др.] ; Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова. – М. : Издательство Печатный дом «Магистраль», 2019. – 146 с., ISBN 978-5-9500687-4-4

Монография посвящена описанию жизни и деятельности профессора Г.И. Вильги, основоположника самостоятельного раздела судебной медицины – судебной стоматологии и адресуется как научным работникам, преподавателям кафедр судебной медицины, истории медицины, так и практическим судебным экспертам и врачам-стоматологам.

УДК 340.6:616.31(47+57)(092)  
ББК 58.1г

ISBN 978-5-9500687-4-4

© Пашков К.А., Барин Е.Х., Борисенко К.А.,  
Белолапоткова А.В., Ромодановский П.О., 2019

© Оформление. Печатный дом «Магистраль», 2019

## Оглавление

Предисловие .....	5
<b>Глава 1</b>	
Судебная медицина в России в XIX и начале XX века.....	7
<b>Глава 2</b>	
Начало творческого пути Г.И. Вильги.....	55
<b>Глава 3</b>	
От криминальной антропологии к идентификации личности по стоматологическому статусу .....	59
<b>Глава 4</b>	
Диссертация Г.И. Вильги «О зубах в судебно-медицинском отношении».....	67
<b>Глава 5</b>	
Врачебная, научная и педагогическая деятельность Г.И. Вильги.....	93
<b>Глава 6</b>	
Последователи Г.И. Вильги в судебной стоматологии .....	98
<b>Глава 7</b>	
Современное состояние судебно-стоматологической идентификации личности.....	115
Заключение .....	134
Список литературы.....	135

## ПРЕДИСЛОВИЕ



Профессор Г.И. Вильга (1864–1942)

Судебная стоматология – это новый раздел судебной медицины, который обладает специфическими особенностями и объемом знаний, выходящими за рамки судебно-медицинского образования. Важное место в судебно-медицинской экспертной практике занимают проблемы идентификации объектов и процессов. Их успешное решение во многих случаях зависит от привлечения средств и методов судебной стоматологии.

Объектами судебной стоматологии являются части лицевого скелета, зубы, зубные протезы, органы и ткани полости рта, медицинская документация, фиксирующая состояние зубочелюстного аппарата, и др.

Среди судебно-стоматологических вопросов, подлежащих изучению, наиболее частыми являются те, которые связаны с идентификационными исследованиями при установлении личности.

При идентификации личности объектами исследования нередко являются костные останки, расчлененные и обугленные части трупов, гнилостно трансформированные и мумифицированные трупы – именно в этих случаях стоматологические методы отождествления личности становятся ведущими.

В таких условиях особую ценность приобретают зубы благодаря их значительной стойкости к различным неблагоприятным физико-химическим факторам, температуре, гнилостной трансформации и др.

Указанные обстоятельства играют большую роль в судебно-медицинской экспертизе зубов человека при особых признаках, индивидуализирующих личность.

Значимость судебно-стоматологических исследований при идентификации личности в значительной мере зависит от правильного выбора методов исследований, знаний основ криминалистической идентификации и учета степени изменчивости свойств и признаков объектов. Кроме того, следует помнить,

что при отождествлении личности существенное значение имеют специфические детали идентифицируемого объекта, которые могут оказаться решающими.

У истоков судебной стоматологии в России стоял выдающийся отечественный ученый, судебный медик и антрополог профессор П.А. Минаков. Основоположником судебной стоматологии следует считать профессора Г.И. Вильгу, о жизни и творчестве которого, к сожалению, написано мало работ, что и послужило поводом обобщить в этой книге все имеющиеся о нем сведения.

Описание жизненного пути и научной карьеры отечественных ученых – дело трудоемкое и в то же время весьма благодарное. Подобные работы знакомят читателя с историей российской науки и служат воспитанию нравственных качеств молодых специалистов. К сожалению, в историко-медицинской литературе публикаций о жизни и творчестве отечественных судебных медиков практически нет, еще меньше работ посвящено ученым, работавшим на стыке двух дисциплин, например судебной медицины и стоматологии.

Только в конце XX и начале XXI столетия появились исследования о таких видных деятелях отечественной судебной медицины, как профессора А.О. Армфельд, А.П. Нелюбин, И.М. Гвоздев, И.И. Нейдинг, Д.П. Косоротов, М.И. Авдеев, В.М. Смольянинов, О.Х. Поркшеян, Г.А. Пашипян.

Авторы надеются, что книга, посвященная профессору Г.И. Вильге, основоположнику судебной стоматологии в России, восполнит пробел в истории отечественной судебной медицины и стоматологии.

## ГЛАВА 1

### СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ В XIX И НАЧАЛЕ XX ВЕКА

**В** России XIX столетия высшим административным органом в области медицины вообще и судебно-медицинской экспертизы в частности был Медицинский совет, учрежденный в 1803 г. при реформировании Государственной медицинской управы (упраздненной Медицинской коллегии). В Медицинский совет входили председатель, члены совета (непременные и совещательные) и ученый секретарь. Председателем совета был врач, имеющий степень доктора медицины, а в совещательные члены избирались лица с медицинским, ветеринарным и фармацевтическим образованием, известные своими знаниями и опытом, а также 4 врача, «сведущие особенно в медицинской полиции и судебной медицине».

В 1805 г. «для установления дальнейшего надзора по части практической, судебной и полицейской медицины» была учреждена должность генерал-штаб-доктора по гражданской части, а в 1812 г. генерал-штаб-доктор получил звание «Главного инспектора практической, судебной и полицейской медицины империи». В 1836 г. вместо канцелярии генерал-штаб-доктора были учреждены два медицинских департамента при Министерстве внутренних дел (МВД): один был предназначен для управления медицинскими чиновниками и учебными медицинскими заведениями, другой заведовал «делами судебной медицины и медицинской полиции». К судебно-медицинским функциям департамента относилось «рассмотрение судебно-медицинских рапортов и свидетельств по жалобам мест и лиц на неправильность или неудовлетворительность оных».

Согласно «Положению о Медицинском совете» 1841 г., этот орган был высшим в государстве «врачебно-ученым, врачеб-

но-полицейским и врачебно-судебным местом». В судебно-медицинские обязанности Совета входило рассмотрение причин скоропостижной смерти в сомнительных случаях в уголовных и гражданских делах, а также «химическое испытание разных составов при судебных следствиях», составление таксы для оплаты за судебно-химические исследования.

Главное Управление гражданской врачебной частью при МВД просуществовало со второй половине XIX в. до 1917 г. В его состав входили Медицинский департамент, Медицинский совет и совещательный Ветеринарный комитет.

В функции Медицинского департамента МВД входило управление гражданской медицинской частью, судебной медициной и медицинской полицией. Судебно-медицинские функции заключались в рассмотрении судебно-медицинских рапортов и свидетельств по жалобам врачебных управ и отдельных лиц на их неправильность или неудовлетворительность. В 1904 г. Медицинский департамент был упразднен, а все его дела переданы в Медицинский совет вместе с двумя должностями экспертов по судебно-медицинской части.

Во второй половине XIX столетия в судебно-медицинские функции Медицинского совета входило рассмотрение заключений врачей в делах о насильственной и скоропостижной смерти (установление причин скоропостижной смерти; появление новых обстоятельств, указывающих на ее насильственный характер; смерть в результате телесных повреждений; половые преступления; состояние умственных способностей обвиняемых и потерпевших; оскотление), а также разбор заключений врачей, при их расхождении с заключениями врачебных управ или при сомнении в правильности решений судебных властей. В 1812–1822 гг. было рассмотрено 57 таких дел, а в 1903–1912 гг. – уже 1 304. Из гражданских дел в Медицинский со-

вет поступали дела о добрачной неспособности к супружеской жизни (в 1903–1912 гг. их было 1 634), по обвинению врачей, фармацевтов и привлечению их к ответственности за незаконное врачевание. Судебные следователи имели право обращаться непосредственно в Медицинский совет по вопросам судебно-медицинских экспертиз, «но не иначе, как на основании особо составляемых ими постановлений, в которых было бы обстоятельно объясняемо, почему именно ими признано необходимым просить по делу заключения Медицинского Совета...»

Медицинский совет разрабатывал и утверждал наставления и инструкции для врачей, специализировавшихся в области судебной медицины, а именно: «Наставление о признаках истинной и мнимой смерти»; указание о привлечении врачей для освидетельствований мертвых тел в случае обнаружения признаков насильственной смерти; «Наставление врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел»; «Правила, как поступать при исследовании мертвых тел, когда имеется подозрение на отравление»; «Глава о химическом исследовании ядов, сочиненная членом Совета Нелюбиным»; разъяснение врачебным управам и врачам по поводу судебно-медицинского исследования скопцов; правила исследования лиц, «кои в припадках сумасшествия учинили смертоубийство или посягнули на жизнь другую или собственную»; постановление об освидетельствовании женщин акушерами.

В руководство Совета входили также известные судебные медики С.Ф. Гаевский, А.П. Нелюбин, Е.В. Пеликан, Н.П. Ивановский, С.А. Громов и др.

16 февраля 1912 г. Междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства империи под председательством академика Г.Е. Рейна начала работу по пересмотру устава судебной медицины. Проект нового устава предусматривал переименование уездных, полицейских и городских врачей в судебные,

а также ограничение их обязанностей только судебно-медицинскими функциями. Судебных врачей планировалось замещать лицами, окончившими курс медицинских факультетов и получившими специальную подготовку по судебной медицине «в особых санитарных и судебно-медицинских институтах», организация которых предусматривалась в Петербурге, Москве, Киеве и Томске.

При отсутствии или в случае болезни судебного врача его должен был замещать только другой судебный врач. Приглашение какого-либо иного медицинского специалиста допускалось лишь в экстренных случаях.

В новом уставе были расширены права судебного врача на предварительном следствии и в суде. Судебному врачу предоставлялось право знакомиться с предварительными сведениями, присутствовать на допросе и задавать потерпевшим, обвиняемым и свидетелям вопросы для разъяснения обстоятельств, имеющих отношение к судебно-медицинской экспертизе, производить необходимые для судебно-медицинского исследования осмотры, отказываться от ответов на вопросы, выходящие за пределы его компетенции, и даже отказываться от заключения при условии подробного объяснения причины такого отказа.

Устав предусматривал организацию окружных лабораторий для производства микроскопических и судебно-химических исследований, а женщины-эксперты получали право производить осмотры и освидетельствования, правда, лишь женщин и детей.

Проект закона о постановке судебно-медицинского дела, над которым в течение нескольких лет работала Междуведомственная комиссия под председательством академика Г.Е. Рейна, предполагалось провести в жизнь в течение трех лет. Однако реализовать его не удалось – за несколько дней до Февральской революции Г.Е. Рейн забрал проект из Государственной думы, которая отвергла

его вместе с законом об учреждении Главного управления государственного здравоохранения.

Врачебные управы (с 1865 г. – врачебные отделения губернских правлений) были учреждены 19 января 1797 г. в каждом губернском городе, «чтобы посредством преподаваемых правил и наставлений соблюдаемо было народное всей губернии здравие...».

В инструкции о функциях врачебных управ указывались причины для назначения судебно-медицинских освидетельствований, содержались краткие правила наружного исследования и вскрытия мертвых тел, а также давались предписания о порядке составления медицинских документов (актов и свидетельств).

Во врачебную управу входили три врача, имеющие степень доктора или штаб-лекаря, инспектор, или штабт-физик, хирург и акушер. Чтобы занять должность инспектора управы, необходимо было сдать экзамены в университете или медико-хирургической академии по всем разделам судебной медицины, медицинской полиции и «скотоврачебной» науки. Профессор судебной медицины мог вступить в должность инспектора без сдачи экзаменов, если он читал курс судебной медицины в университете или академии. Студенты, окончившие университет с отличием, оставались на кафедрах в качестве субинспекторов или докторантов для подготовки докторской диссертации, а после ее защиты получали степень доктора медицины, подвергались экзамену и назначались инспекторами или членами врачебных управ.

Врачебные управы руководили деятельностью уездных и городских врачей, контролировали все медицинские заключения, выдавали заключения по делам, в которых имелись противоречия в результатах экспертизы с обстоятельствами следствия, а также в случаях разногласия между врачами и при наличии сомнений судебно-следственных органов в правильности заключения врача. По таким де-

лам судебный следователь представлял копию свидетельства во врачебную управу, которая и разрешала сомнения путем затребования дополнительных разъяснений или назначения переосвидетельствования. Экспертизу в этом случае проводила комиссия, в которую входили местный судебный врач, врачебный инспектор и его помощник; для разрешения частных вопросов приглашались необходимые специалисты. Кроме того, одной из функций врачебных управ являлось проведение судебно-химических, химико-микроскопических и биологических исследований вещественных доказательств.

Будучи инспектирующим органом, управа контролировала все судебно-медицинские экспертизы. Копии судебно-медицинских актов поступали во врачебные управы, которые были обязаны коллегиально утверждать или исправлять судебно-медицинский акт и свидетельство врача. Только с визой врачебной управы акт судебно-медицинской экспертизы мог быть приобщен к судебному или следственному делу.

При получении заключений по судебно-медицинским делам врачебные управы должны были обосновать свое мнение, опираясь на точные факты. В сомнительных случаях дело представляли в Медицинский департамент и прилагали к нему краткое, ясное изложение обстоятельств дела, результаты наружного и внутреннего осмотров трупа, протокол химического исследования внутренних органов, а также заключение судебного врача и управы о причине смерти.

На врачебные управы были возложены и другие многочисленные обязанности: освидетельствование больных; проведение врачебных осмотров некоторых категорий населения (инвалиды, рекруты) и судебно-медицинских свидетельств; проверка аптек; запрещение продажи лекарств вне аптек; проведение метеорологических наблюдений; выявление случаев заразных заболеваний; запрещение продажи испорченных продуктов и др.

Специальных судебных врачей до революции не было, и судебно-медицинские функции исполнялись уездными и городскими, а также, что значительно реже, полицейскими (санитарными) врачами.

Для замещения должностей уездных и городских врачей врачебные управы приглашали медиков с дипломом лекаря, штаб-лекаря, медика-хирурга или доктора со свидетельством на звание уездного врача. При отсутствии таких кандидатов на должность инспектора назначались врачи без ученых званий с обязательством сдать экзамен в течение года.

В каждом губернском городе на службе должен был находиться городской врач, в каждом уезде – один уездный врач. В Москве и Санкт-Петербурге в каждом уезде работало по два врача, поэтому врачебные штаты здесь были более многочисленными: в 1825 г. при полицейском управлении Москвы числилось 25 врачей и 3 городских акушера, а в Санкт-Петербурге – 19 врачей и столько же акушеров. Всего на территории России в 1913 г. работало 350 уездных и городских врачей<sup>1</sup>.

После земской реформы 1864 г. большая часть уездных и городских врачей перешла на службу в земство. Если врач и оставался на государственной службе, то только при условии соединения ее со службой в земстве, а там, где это было невозможно, места уездных и городских врачей оставались незанятыми. Вакантными до революции оставались 1/7 часть всех должностей. Недостаток судебных врачей определялся еще и их высокой смертностью от различных болезней: по неполным данным, за период 1889–1892 гг. от заразных болезней умерло 700 врачей, в основном уездных, городских и полицейских.

В судебно-медицинские обязанности уездных и городских врачей входили исследования мертвых тел для установления причины смерти, освидетельствования живых

<sup>1</sup> ГАРФ. Ф. А 482. Оп. 30. Д. 2. Л. 292–293 об.

лиц, выдача заключений по требованию судебных и административных органов, участие в судебных заседаниях.

Уездных и городских врачей привлекали для проведения судебно-медицинских исследований в уголовных случаях, а также для освидетельствования инвалидов, душевнобольных людей, гражданских чиновников, их жен и детей, отставных генералов, штаб- и обер-офицеров, классных чиновников военного ведомства, просящих пенсию из государственного казначейства и кассы военного ведомства по причине своих тяжелых болезней и увечий; отставных генералов, штаб- и обер-офицеров, классных чиновников военного ведомства, просящих пособие или пенсию от Александровского комитета о раненых; для освидетельствования арестантов относительно их способности к труду и больных ссыльных.

Кроме того, обязанности уездных и городских врачей включали:

- осуществление мер, направленных на прекращение «повальных болезней» и «скотских падежей»;
- надзор за съестными припасами, лавками;
- ревизия аптек;
- надзор за лечебными заведениями гражданского ведомства, за санитарным состоянием фабрик и заводов;
- освидетельствование душевнобольных;
- санитарно-врачебные осмотры низших чинов, местных воинских команд;
- выезды в места эпидемий и принятие мер по их ликвидации;
- лечение и освидетельствование заключенных;
- надзор за публичными домами;
- составление еженедельных и ежегодных отчетов и др.

В соответствии с дореформенным законодательством, заключение врача было обязательным для суда, но роль врача ограничивалась выдачей письменного заключения по поставленным перед судом вопросам.

Судебная реформа 1864 г. ввела новую систему оценки доказательств, основанную на внутреннем убеждении судей. Экспертиза как доказательство не была выделена и оценивалась наряду с другими данными.

В Уставе уголовного судопроизводства (УУС) были четко разграничены права, обязанности и ответственность уездных и городских врачей (у которых судебно-медицинские обязанности входили в перечень их служебных функций) и так называемых сведущих лиц – гражданских, военных и вольнопрактикующих врачей, эпизодически привлекавшихся к проведению судебно-медицинской экспертизы. Для осмотра и освидетельствования мертвых тел, оценки различного рода повреждений и состояния здоровья потерпевшего должны были приглашаться уездные, городские или полицейские врачи, но если по уважительной причине они прибыть не могли, то вместо них привлекались гражданские, военные или вольнопрактикующие врачи. «Правила об осмотре и освидетельствовании через судебных врачей существенно отличаются от правил об осмотре через сведущих людей не только по предмету исследования, но и по характеру прав и обязанностей как самого судебного врача, так и следователя. Здесь судебный врач делается самостоятельным участником осмотра, составляет от себя протокол, и при сомнении в его правильности следователь не вправе вызывать другого врача, а обязан представить копию с заключения врача во врачебное отделение для разрешения сомнения. Судебный врач участвует в осмотрах не как случайный эксперт-техник, а как один из факторов правосудия, и участие его в следствии имеет значение совещательного участия лица, подготовленного к тому наукою».

Каждый уездный врач ежемесячно, ежеквартально и ежегодно представлял во врачебную управу отчет о движении больных по уезду, краткие данные о вскрытиях мертвых тел с указанием обстоятельств дела и результатов исследования.

В особых случаях следователь мог пригласить для проведения осмотра и освидетельствования не одного, а нескольких врачей, не исключая и того, кто лечил умершего. При возникновении противоречий между заключениями и обстоятельствами следствия или при разногласиях во мнениях врачей следователь направлял во врачебную управу копию свидетельства, которая разрешала сомнения требованием дополнительного объяснения либо назначением переосвидетельствования.

Судебный врач, который без уважительной причины не явился для судебно-медицинского исследования, подвергался наказанию в виде вычета трех месяцев из времени службы; на вольнопрактикующего врача за тот же проступок накладывали штраф до 50 рублей. Врачи были предупреждены о строгой ответственности за ложные свидетельства, а если на основе такого свидетельства производилась выплата пенсии, то вся сумма переплаты взыскивалась непосредственно с врача, выдавшего этот документ.

С введением нового Устава все дела о преступлениях против жизни и здоровья человека рассматривались судами с участием врачей, однако заключения экспертов не имели силы безусловных доказательств, а приговор не мог иметь силы судебного решения, если был основан на результатах экспертизы.

Врачи возражали против такой позиции суда. Известный юрист А.Ф. Кони говорил, что заключение эксперта, хотя и не является «предустановленным доказательством», должно иметь особую силу и вес, так как дается в особых условиях и притом специалистом, поэтому суд должен выделить мнение эксперта из ряда обычных свидетельских показаний.

Между юристами и врачами, исполнявшими судебно-медицинские функции, часто возникали разногласия, поскольку права врачей-экспертов, предусмотренные статьями Устава уголовного судопроизводства 1864 г. и Уставом

судебной медицины, отличались между собой. Обе стороны единодушно указывали на необходимость согласования статей УУС и УСМ, требуя предоставления врачам большей свободы. В связи с этим А.Ф. Кони писал: «Необходимо, чтобы законодательство определительно указало в УУС положение судебного врача на суде, в УСМ – свойства и пределы его деятельности, а в ряде инструкций, изменяющихся сообразно с движением науки, – способ действия судебного врача».

За свою сложную и разностороннюю работу уездные и городские врачи в начале XIX в. получали 200–250 рублей в год (военные врачи получали в то же время до 3 000 рублей в год). В 1874 г. жалование им было повышено, и к концу XIX в. уездные врачи получали до 900 рублей, а городские – 270 рублей в год. Большинство уездных и городских врачей было вынуждено заниматься частной практикой.

Врач, участвовавший в предварительном следствии или выступавший в суде на территории своего участка, никакого вознаграждения за свой труд не получал. Если же его вызывали к следствию или суду «не в месте его пребывания», то он получал деньги на прогоны и содержание в пути по распоряжению уездных полицейских управлений и определению суда, и только в том случае, если до вынесения приговора успевавший подать требование о возмещении понесенных им издержек.

Объем судебно-медицинской работы уездных и городских врачей был достаточно велик: по неполным данным Центрального статистического комитета МВД, в 79 губерниях (за исключением областей Войска Донского, Карской, Терской и Закаспийской областей, Закавказского и Черноморского округов) в России за шестилетний период с 1888 по 1893 г. умерло «насильственно и внезапно» 323 911 человек, из них в городах на 28,3 % больше, чем в уездах. «Насильственная и внезапная» смерть в статистической сводке подразумевала убийства, детоубийства,

самоубийства, гибель «от пьянства, от молнии», сюда же причислялись «случайности», в результате которых жертвы были «задавлены и ушибились до смерти, замерзли, утонули», были «заедены зверями и др.». Иными словами, речь шла почти обо всех возможных обстоятельствах насильственной смерти.

Количество исследуемых трупов, приходившихся на одного эксперта, в некоторых областях было достаточно большим. Так, в Терской области с 24 марта 1880 г. по 29 января 1881 г. одним экспертом был исследован 101 труп, в период с 7 января 1892 г. по 31 июля 1892 г. – 146 трупов, а в период с 1 августа 1892 г. по 29 января 1893 г. – 132 трупа.

В 1913 г. на территории России было проведено 5 425 исследований трупов (наружных и полных). Число уездных и городских врачей в это время составляло около 350 человек, поэтому, произведя несложный подсчет, можно утверждать, что на каждого врача в среднем приходилось около 16 исследований<sup>2</sup>. Эта ничтожная цифра свидетельствует о том, что на обширной территории Российской империи, где имело место огромное количество случаев насильственной смерти, судебно-медицинскому исследованию подвергался только каждый десятый труп.

Насколько объем экспертной работы в крупных губернских городах отличался от средних показателей по стране, наглядно демонстрируют следующие данные. В 1916 г. в Москве, когда часть врачей была призвана на военную службу, 16 уездных и городских врачей провели наружный осмотр 1 863 трупов<sup>3</sup>, то есть около 116 каждым экспертом; вскрытий было проведено 628 – в среднем по 39 на каждого врача<sup>4</sup>.

В 1824 г. члены Медицинского совета И.В. Буяльский и А.С. Громов составили «Руководство по вскрытию мер-

<sup>2</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 30. Д. 2. Л. 292–293 об.

<sup>3</sup> Там же. Оп. 1. Д. 78. Л. 52.

<sup>4</sup> Там же. Л. 51–51 об.

твых тел, особенно при судебных исследованиях», которое было опубликовано в «Военно-медицинском журнале». В том же году А.П. Нелюбин выпустил в свет «Правила для руководства судебного врача при исследовании отравлений». «Руководство...», дополненное и утвержденное Медицинским советом, под названием «Наставление врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел» было опубликовано в Полном собрании законов Российской империи за 1828 г. В собрание законов были включены также «Правила, как поступать при исследовании мертвых тел, когда имеется подозрение на отравление» и «Глава о химическом исследовании ядов, сочиненная Членом Совета Нелюбиным». Автором, составившим «Наставление...», считается О.О. Реман, а его редактором – ученый секретарь Медицинского совета С.Ф. Гаевский. Вышедшее в 1829 г. отдельным изданием, «Наставление...» было разослано городским и уездным врачам и врачебным управам.

«Наставление врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел» без изменений и дополнений под названием «Устав судебной медицины» в 1842 г. было опубликовано в Полном собрании законов Российской империи, войдя в состав «Устава Врачебного», а в дальнейшем практически без изменений публиковалось там же в 1857, 1892 и 1905 гг.

Некоторые судебные медики весьма критично высказывались по поводу неоднократного переиздания Устава судебной медицины без всяких поправок, считая, что статьи Устава должны изменяться и дополняться в соответствии с постоянным развитием медицины. Так, судебный врач профессор Д.П. Косоротов писал о последнем издании Устава 1905 г.: «...здесь можно найти все, что давно уже забыто медицинскою наукою, тут и «антонов огонь», и «противудействующие средства», и все, что хотите, до старых нелепостей включительно. Например, ст. 1210

(прежде 1346) предписывает, что нужно делать с промерзшим мертвым телом: «Должно сперва опустить замерзшее тело на несколько часов в ванну или другой удобный сосуд, наполненный холодною водою, к коей, по истечении нескольких часов, можно прибавлять теплую воду», и т.д. Теперь [надо] перенестись от бумаги к делу: кто должен возить с собою этот «удобный сосуд» – врач или судебный следователь? Конечно, если есть близко больница, то можно вымачивать труп в ванне, в которой моются больные; или в уезде добрый помещик уступит на время свою ванну, или, наконец, этот «удобный сосуд» радушно предложит русский мужичок?..»

В «Наставлении...», которое было уникальным историко-медицинским документом, нашли отражение важнейшие вопросы практической судебной медицины, детально рассмотрены все стороны судебно-медицинского исследования трупов. Оно было настолько подробным и научно обоснованным, что служило руководством для студентов и было включено в программу занятий по судебной медицине в университетах и медико-хирургических академиях. Профессор Е.О. Мухин в 1832 г. отмечал: «Сочинение сие есть оригинальное в России, превосходящее до сих пор известные иностранные лучшие сочинения сего рода... имеет вид полной системы сей науки... Сочинение сие без всякого прекословия заслуживает быть увенчанным полною наградю...»

«Наставление...» содержит 10 глав и разделено на 177 параграфов, с приложением 4 судебно-медицинских таблиц о ядах.

В главе I (§ 1–23), во введении, изложено, где, кем и по чьему требованию должны проводиться судебно-медицинские вскрытия трупов, подтверждены права врача знакомиться с обстоятельствами дела. Подробно рассмотрен процесс составления акта вскрытия – важнейшего документа в работе судебного врача.

Особого внимания заслуживает указание о высоком долге судебного врача при исследовании трупов: «Осмотр мертвых тел и заключение по оному о причине смерти есть одна из важнейших обязанностей судебного врача. На его мнении нередко основывается приговор, решающий честь, свободу и жизнь подсудимого».

Указывалось, что осмотр и вскрытие мертвых тел в уездах должны проводить уездные, а в городах – городские и полицейские врачи; при их отсутствии по уважительной причине могут быть привлечены военные, гражданские или вольнопрактикующие врачи. В сложных случаях и при желании судебный врач имел право пригласить других врачей для консультации (§ 2).

Судебный осмотр трупа в обязательном порядке должен был проводиться: 1) при обнаружении признаков насильственной смерти; 2) при подозрениях на отравление; 3) при обнаружении трупов неизвестных лиц с признаками насильственной смерти или без них; 4) в случае скоропостижной смерти; 5) при обнаружении трупа новорожденного младенца; 6) при подозрениях в умышленном умерщвлении и изгнании плода; 7) в случае жалоб на лечение шарлатанами и другими лицами, не имеющими права на медицинскую практику (§ 3).

«Врач, производящий судебное исследование, яко Чиновник, долженствующий по сему предмету иметь особенные сведения, считается в сем случае первым лицом» (§ 9).

Правила обязывали представлять акт о вскрытии в «Судебное место», а его копию – во врачебную управу (§ 21).

Глава II (§ 24–45) «О судебном осмотре мертвых тел вообще» освещала вопросы осмотра и вскрытия трупа. Здесь же описывался инструментарий, необходимый для проведения вскрытия.

Вскрытие трупа, согласно «Наставлению...», не могло быть проведено при отсутствии признаков наступления смерти, при резко выраженных гнилостных изменени-

ях трупа («...но если Судебное место непременно осмотра требует и если имеется подозрение об отравлении или когда речь идет о распознавании повреждения костей, то никакая степень гнилости не должна служить препятствием к вскрытию мертвого тела»), а также при выраженном обугливания и «растерзания тела дикими зверями» (§ 30).

Вскрытие трех полостей (грудной, брюшной и полости черепа) было обязательным. «От сего правила нельзя отступать даже и тогда, когда причина смерти по вскрытии одной полости была бы обнаружена. Сие необходимо потому, что весьма часто причина смерти может находиться в различных местах и быть сложною» (§ 36). В отдельных параграфах освещалась методика описания повреждений (§ 31–45).

Глава III «Исследование головы и полости ее в особенности» содержала описание осмотра и техники вскрытия полости черепа и головного мозга.

Глава IV «Особенное исследование полости рта, шеи и хребта» подробно рассматривала методы осмотра указанных областей и технику вскрытия позвоночника.

Глава V «Особенное исследование грудной полости» описывала приемы наружного исследования и особенности вскрытия грудной полости с исследованием ее органов.

Глава VI «Особенное исследование брюха» содержала сведения об осмотре, вскрытии и исследовании органов брюшной полости и таза.

Глава VII «Особенные правила для наблюдения при вскрытии новорожденных младенцев, найденных мертвыми» излагала особенности исследования трупов новорожденных, детально описывала методику проведения легочной плавательной пробы.

Глава VIII «Правила, как поступать при исследовании мертвых тел, когда имеется подозрение об отравлении» включала все вопросы, связанные со вскрытием трупа при подозрении на отравление, также приводились обстоятельства, дающие повод для этих подозрений. Кро-

ме того, имелось подробное описание методики изъятия подозрительных на яд веществ и органов из трупа для судебно-химического исследования.

Глава IX «О противудействующих средствах, употребляемых для открытия ядов» содержала общеизвестные медицинской практике способы обнаружения ядов.

Глава X «Об исследовании повреждений вообще» была посвящена основным принципам исследования повреждений, а также их медицинской классификации и обнаружению их возникновения еще при жизни.

В четырех таблицах приложения (дополнение к VIII и IX главам) перечислялись признаки отравлений, яды, известные медицине того времени, способы лечения отравлений, методы оказания первой помощи при отравлениях, а также химические способы установления наличия, видов и характеристик ядов в исследуемых вещественных доказательствах и внутренних органах.

Таков был «Устав судебной медицины» – настольная книга для уездных, городских и полицейских врачей, исполнявших судебно-медицинские функции в России XIX в. К сожалению, авторы наиболее известных историко-медицинских публикаций, посвященных вопросам зарождения и развития судебно-медицинского дела в России, в своих работах не воздали должное авторам Устава судебной медицины, а между тем целый ряд установок и положений этого труда не утратил своего значения и сегодня: современные «Правила...» сходны по своему строению и содержанию с документом, изданным почти два века назад.

Как говорилось выше, врачей для исполнения судебно-медицинских функций готовили только на кафедрах судебной медицины университетов и медико-хирургических академий.

Учебная программа по судебной медицине содержала все ее разделы того времени и предусматривала изучение специальных наставлений и инструкций Медицинского

совета, издававшихся для судебных врачей. В курс судебной медицины входили: судебная химия, акушерско-гигиеническая и судебно-психиатрическая экспертиза, определение возраста и изучение притворных, искусственных болезней и членовредительства, однако особое внимание уделялось исследованию трупов и правилам ведения судебно-медицинской документации.

Очень интересными являются программы 1848 и 1850 гг., подготовленные профессором А.О. Армфельдом, одним из организаторов преподавания судебной медицины в России. А.О. Армфельд четко понимал практическое назначение судебной медицины и многократно подчеркивал его в своих программах.

Приведем полностью программу по судебной медицине и медицинской полиции ординарного профессора А.О. Армфельда:

«Под именем публичной медицины, или Государственного Врачебноведения, разумеется приложение естественных и врачебных наук к жизни гражданской.

Это приложение может быть двоякого рода: или медицина, оставаясь верною своею натуре и цели, заботится о сохранении, улучшении и восстановлении физического здоровья и только переносит внимание и попечения свои от частных лиц и от постели больного на целые города и области – тогда становится она народною гигиеною и терапией, входит в состав государственных полицейских учреждений и называется Медицинскою Полициею. Или же, отрекаясь от первоначального своего назначения – охранять жизнь, поддерживать доброе здоровье и восстанавливать расстроенное, – занимается она исследованием известных состояний в отношении человека, от которых зависит юридическое определение его прав и обязанностей или ответственности его перед судом и законом; в этом случае является наша наука вспомогательным орудием юриспруденции и принимает название судебной медицины.

Из этого краткого определения обеих частей Государственного Врачебноведения видно, что ни та, ни другая не открывают новых истин физических или врачебных, а пользуются тем, что уже открыто, разъяснено и доказано в сфере естествознания и медицины; как собственность принадлежит им только самый способ применения, но заимствуют они свой материал из всех естественных и врачебных наук без изъятия; приложение медицины, о котором идет здесь речь, требует знания всех ее частей – по крайней мере по главному и существенному их содержанию. А потому и преподается Государственное Врачебноведение студентам пятого, последнего курса, успевшим уже пройти полный ряд теоретических медицинских наук, испробовать силы свои в практическом деле наблюдения и врачевания больных и, сверх того, ознакомиться с главнейшими государственными законами и учреждениями.

Во все продолжение сего последнего академического года посвящается Государственному Врачебноведению по 6 часов в неделю. В первое полугодие излагается судебная медицина, во втором – медицинская полиция. Мы начинаем с судебной медицины потому, что изучение ее сопровождается многими практическими упражнениями, именно во вскрытии мертвых тел, доставленных в наш анатомический театр преимущественно в зимнее время.

При выборе способа преподавания вообще, равно как и при изменениях оно в частностях, имеем мы постоянно в виду – согласовать законные требования науки с требованиями и правами учащихся. Акроаматическое изложение, условленное отчасти натурою науки, а еще более отношением академического преподавателя к многочисленным слушателям, отсюда не принуждает к механическому пассивному восприятию излагаемого предмета: напротив, учащийся должен собственным, самостоятельным мышлением помогать построению науки и живым участием сопровождать диалектическое ее движение до последних

выводов. Везде же, где только возможно неясное в области судебной медицины, заменяем мы теорию практикой, вывод – поведением, синтетическое построение – отчетливым и строгим анализом. Каждый значительный отдел судебной медицины заключаем мы разбором примеров, заимствованных или из сферы собственного нашего наблюдения, или же из сочинений и периодических изданий Пиля, Платнера, Коппа, Вернта, Генке и др. [...] и от частного явления, факта или вопроса постепенно выходим до последнего научного основания, на котором утверждается способ решения подлежащего и однородных с подлежащим случаев. Практический характер научной беседы принимают также наши подробные и обстоятельные репетиции, которые производятся по крайней мере один раз, а если позволяет время, и два раза в год и которые одни дают нам возможность произвести основательное суждение о знаниях и способностях наших слушателей при окончательном испытании их на степень лекаря. Занятия в... терапевтической, хирургической и акушерской [клиниках] доставляют многим из слушателей легкую возможность наблюдать живого человека и в судебно-врачебном отношении и, при пособии этого наблюдения, решать различные вопросы, относящиеся к больным и раненым, к беременным, роженицам и новорожденным младенцам; что же касается осмотра и вскрытия трупов, то... слушатель обязан заниматься ими в продолжении курса, под руководством профессора или прозектора и представить по крайней мере один образец судебно-врачебного протокола и свидетельства, обработанный по правилам науки и по форме, законами установленной.

Дух, которым стараемся мы оживить наши беседы, есть, во-первых, дух строго научный: мнения и советы врача, на которых основывается определение сомнительных прав и обязанностей гражданина или для избрания мер, необходимых для сохранения и улучшения народного здоровья, –

эти мнения и советы сами должны покоиться на твердом и прочном основании, из общепризнанных истин науки должны истекать наши выводы с ясностью, точностью и последовательностью, согласно требованиям логики общей и логики медицинской. Дух нашего учения есть, во-вторых, дух живой практической деятельности: все теоретическое знание врача, сколь бы высоко ни ценили мы его как чистое знание, тогда только получает настоящую оценку и настоящее значение для судьбы и для администратора, когда оно обращается в полезное практическое умение, когда оно действительно везде к решению важнейших практических вопросов, неразрешимых без специального знакомства с науками с естественными и медицинскими. Вообще курс Государственного Врачебноведения, замыкая собою всю цепь факультетских наук, должен послужить учащемуся окончательным приготовлением к переходу от жизни академической к жизни гражданской, он должен показать ему и настоящее место, занимаемое врачебным искусством в среде государственных учреждений, и отношение врача к прочим служителям государства, и весь объем доверия, которым правительство облакает врача, и весь объем, всю важность и святость обязанностей, неразлучных с его званием и правами, и все достоинства науки, которой обязался он посвятить лучшие силы и средства свои, и границы этой науки, которая, ежедневно совершенствуясь, тем самым свидетельствует, сколь далека она еще от совершенства, сколь много осторожности, осмотрительности, благоразумного сомнения требует приложение ее к жизни гражданской и государственной. Следуя сим многосторонним указаниям, учащийся познает не только возможную меру будущих своих обязанностей, но вместе с тем и высоко правительственные звания врача в гражданском обществе; он неминуемо приходит к убеждению, что ни обширные знания, ни практическая ловкость в применении оных не делают еще медика достойным слушателем и надежным орудием правительст-

ва, если к этому знанию и умению не присоединятся непоколебимая любовь к истине, совершенное беспристрастие к лицам и к мнениям, глубокое уважение к закону и к законному порядку вещей – качества, которые обозначили мы как основу и краеугольный камень всей нравственной и служебной жизни судебного врача на последних страницах академической речи «*De finibus certorum et probabilium in responsis medicorum forensium*».

Порядок, в котором излагаются материалы Государственного Врачебно-введения, зависит от усмотрения и произвола автора или преподавателя. Будучи с начала до конца науками прикладными, судебная медицина и медицинская полиция не привязываются ни к какой особой системе: отдельные статьи, составляющие их содержание, не истекают из какого-либо общего верховного начала и не состоят между собою в такой связи, которая с необходимостью определяла бы продолжение одной за другой, а потому различные учебники и распределяют их весьма различным образом, стараясь только, по возможности, не разрывать однородных предметов и не затруднять внимание учащихся слишком дробным и мелочным разделением и подразделением статей.

А [так] как мы преподаем по собственным тетрадям, в руководство и постоянное пособие рекомендуем нашим слушателям сочинения Громова («Краткое начертание судебной медицины») и Гелинга («Опыт Гражданской Медицинской Полиции», том 1-й), то и следуем за немногими исключениями порядку, в сих учебниках принятому.

Во введении в судебную медицину и в Медицинскую полицию, изложив главные моменты их исторического развития, определяем их характер, объем и направление, отношение к естественным врачебным наукам, отношение к юриспруденции и администрации и с достаточною подробностью исчисляем литературные пособия обеих частей Государственного Врачебно-введения.

В общей или обрядовой части судебной медицины знакомим мы слушателей с законными формами как самого исследования, так и следствием его: донесений, ответов и мнений, особенно же протокола и свидетельств по осмотру и вскрытию трупов как самых важных актов судебного врача.

В специальной Судебной медицине удерживаем мы общепринятое разделение на две главные части: исследование живого человека и исследование мертвых тел, позволив себе частные отступления, где они кажутся нам нужными для избежания излишних повторений. Так, например, говоря во второй части о смерти от механических повреждений, мы рассматриваем различные роды и виды, характеры и исходы повреждения сначала на живом теле, а вслед за тем уже и в трупе; ... в статье об отравлении ядом, излагаемом во второй же части, показываем мы признаки, обнаруживающие острый, наркотический или симпатический яд при жизни человека, а потом переходим к признакам отравления, открываемым по смерти отравленного.

Первая часть специальной Судебной медицины разделяется на четыре главных отдела. Каждый из них, а равно и каждую главу того или другого отдела, начинаем изложением поводов к исследованию и пояснением настоящего смысла вопросов, предлагаемых медику со стороны юридического лица или места, потом указываем на средства, которыми располагает медицина для решения этих вопросов, и на границы, далее которых наша наука в нынешнем своем состоянии идти не может; затем излагаем законные положения разных государств, к подлежащей стороне относящиеся, и в особенности законные положения нашего отечества; наконец, рассматриваем несколько практических случаев, исследованных и обсужденных знаменитыми врачами, и предлагаем нашим слушателям аналогичные задачи, приспособляя оные по возможности к предметам собственного их наблюдения в клиниках и в анатомическом театре.

В первом отделе рассматриваем мы живого новорожденного младенца в отношении к правильному или уродливому образованию тела его вообще или отдельных частей тела (кроме детородных, о коих говорится в 3-м отделе) и предварительно касаемся вопросов о его зрелости, срочности и законности.

Второй отдел посвящен исследованию возрастов: в нем излагаются изменения физического и психического организма, постепенно совершающиеся в различные периоды жизни, и определяются юридические отношения, т. е. права, обязанности и ответственность человека в возрастах младенческом, детском, отроческом, юношеском, мужественном и старческом.

К третьему отделу, об исследовании половых органов и их отправления, принадлежат статьи: об уродливом образовании детородных частей, или т. н. гермафродизме; о бесплодии, бесплодии и превозможении; о признаках девственности; о половом союзе противозаконном, т. е. или насильственном, или противоестественном; о признаках беременности маточной и внематочной; о [...] вторичном обременении; об исследовании родов и их последствий, причем подробнее объясняются вопросы о зрелости, срочности, законности и подложности поврежденных младенцев и о выкидыше, умышленно поврежденном или случайном.

В четвертом отделе говорится о сомнительном состоянии здоровья, об исследовании болезней притворных, скрываемых и вменяемых и об ограничении прав, обязанностей и ответственности, [об]условленной различными родами, видами и степенями страдания физического или психического.

Вторая часть специальной судебной медицины рассматривает человека мертвого или по крайней мере находящегося в состоянии, которое легко оканчивается смертью.

Первый отдел этой части занимается исследованием механических повреждений и отвечает на вопросы, предлага-

емые врачу как при жизни, так и по смерти поврежденного; о степени и важности расстройства причиненного повреждения; о смертельности или излечимости повреждения; о различных последствиях его, если оно не было смертельным, а если было таковым – о связи между смертью и повреждением как необходимою или как случайною ее причинною.

Предмет второго отдела составляет смерть от недостатка или излишества необходимых для человеческого организма [видов] возбуждения, при которых механические повреждения или вовсе отсутствуют, или составляют только случайный и второстепенный момент: а) смерть от лишения воздуха (различные виды задушения, исследование удавленников, утопленников и задохшихся в... газах); б) смерть от недостатка или излишества теплоты (замерзание, смерть от огня, самосгорание); в) смерть от молнии; г) отравление ядом, острым наркотическим... [веществом] (признаки его при жизни, явления в трупе отравленного).

Третий отдел заключает в себе исследования многих различных видов сомнительного самоумерщвления.

В четвертом отделе собраны все вопросы, относящиеся к трупам поврежденных младенцев. Подробно рассмотрены средства отличать живородившихся и дышавших от мертворожденных или умерших без дыхания и показать главные случаи, в которых умирают живорожденные с признаками или без признаков внешнего насилия, по чужой вине или по причинам, которых нельзя было ни предвидеть, ни предотвратить.

Мы заключали судебную медицину статьею об исследовании ошибок и проступков медицинских лиц, клинических врачей, хирургов, родовоспомогателей обоого пола и судебных медиков»<sup>5</sup>.

Данный документ представляет интерес еще и потому, что идеи профессора А.О. Армфельда остались актуаль-

<sup>5</sup> Архив МГУ. Медицинский факультет. 1848. Д. 119 «Программы судебной медицины и медицинской полиции ординарного профессора Армфельда».

ными и до настоящего времени. Такими же четкими и ясными научно-практическими установками были пронизаны другие программы ученого.

Не менее примечательной является его программа Государственного Врачебноведения от 5 января 1850 г.: «Под словом Публичной Медицины, или Государственного Врачебноведения, разумеется приложение врачебной науки и врачебного искусства к жизни гражданской. Это приложение бывает двояко. Или, верная себе и своему характеру, Медицина заботится об охране, улучшении и восстановлении физического здоровья, но переносит попечения свои от частных лиц и из ограниченной сферы клинической деятельности на большие массы людей, на целые города и области, на целое народонаселение Государства: тогда входит она в состав средств и учреждений, которыми Правительство обеспечивает физическое благоденствие своих подданных; тогда становится она Народною Гигиеною и Народною Терапиею и принимает название Медицинской полиции. Или же, отказываясь от первоначального своего назначения – охранять доброе здоровье и восстанавливать расстроенное, – занимается наша наука только исследованием и пояснением тех состояний в отношении человека, от которых зависит юридическое определение его прав, обязанностей и ответственности перед судом и законом: в таком случае Медицина является вспомогательным орудием Юриспруденции и называется Судебной медициной.

Из этого краткого указания на характер и значение обеих частей Государственного Врачебноведения явствует, что ни та, ни другая не открывают и не доказывают новых врачебных истин, а применяют к своему делу то, что уже открыто, доказано и утверждено в сфере Естествознания и Медицины; как собственность принадлежит им только самый способ применения. Но заимствуют они свои материалы обильною рукою из всех отраслей естественных и врачебных наук без изъятия: приложение нашей много-

объемлющей науки к интересам жизни юридической и полицейской требует основательного знания всех отдельных отраслей ее – по крайней мере по главному и существенному их содержанию, а потому и излагаются основания Государственного Врачебноведения не прежде, как в пятом, последнем курсе медицинских наук слушателям, успевшим уже ознакомиться со всеми теоретическими частями нашей науки и испробовать практическое приложение своих знаний в клиниках терапевтической, хирургической и акушерской.

В продолжение всего пятого года медицинского курса преподается Государственное Врачебноведение по 6 часов в неделю. Первое полугодие посвящается Судебной медицине; второе – Медицинской полиции. Мы начинаем с Судебной медицины потому, что изучение ее требует многих практических упражнений, повторного вскрытия мертвых тел и сочинения судебно-врачебных свидетельств. Эти практические занятия начинаются в ноябре месяце и продолжаются до самого конца академического года; обыкновенно уделяется им один день в неделю, остальное время идет на теоретическое изложение Судебной медицины и Медицинской полиции.

Излагаемое и изучаемое в... двояком направлении, научном и практическом, Государственное Врачебноведение не может не иметь сильного влияния на все высшее как умственное, так и религиозно-нравственное образование наших слушателей. Мы уже видели, что Государственное Врачебноведение составляет конец академических занятий и вместе с тем преддверие служебной сферы будущего врача. Как последнее звено, замыкающее цепь медицинских наук, Государственное Врачебноведение заставляет учащегося собрать воедино все разрозненные части медицины, которые занимали его в течение пятилетнего курса, и подвергнуть все содержание и все внутреннее достоинство их строгой ревизии и точной оценке; и если этот

критический обзор, с одной стороны, раскрывает высокое значение медицины и огромное богатство ее в ряду драгоценных истин, вековыми опытами ею усвоенных, то, с другой стороны, этот самый критический обзор научает и благоразумному сомнению, беспристрастно определяет пределы нашего знания и наших возможностей, на каждом шагу напоминает о том, сколь много остается неконченного, сколь много даже не начатого в области науки, которая, ежедневно совершенствуясь, сим самым свидетельствует, как далека она еще от окончательного совершенства. Как преддверие служебной сферы, Государственное Врачебное Ведение переносит будущего врача из школы в гражданскую жизнь и показывает ему весь объем попечения Правительства об охране физического и нравственного благоденствия граждан, всю меру доверия, которым облакает Правительство каждого врача, призванного на служение гражданскому обществу, – все нравственное значение обязанностей, всю тягость ответственности, которую принимает он на себя вместе со званием и правами врача. От этой ответственности перед судом Бога и собственной Совести – к ответственности, которая является нам тем важнее и священнее, чем легче могут ошибки и заблуждения врача укрыться от внешнего суда человеческого и чем важнее предметы, на которые падают последствия этих ошибок и заблуждений: здоровье и жизнь, честь и доброе имя наших сограждан. Вот почему, осмеливаемся мы прибавить, в-третьих, дух нашего учения, даже независимо от личности преподавателя, даже по одному содержанию и необходимому направлению самой науки, – есть уже дух в высокой степени нравственный и религиозный, который не только может, но и должен укрепить всякого, серьезно учащегося и серьезно помышляющего о будущем своем назначении, в благоговении к святыне, в любви к ближнему, в безусловной преданности Высочайшему Престолу, в глубоком уважении к закону и к законному

порядку вещей, особенно на родине, где каждый из нас сам становится непосредственным служителем законной Власти и орудием законной жизни, в том твердом, непоколебимом и неподкупном правдолюбии, которое везде и всегда предписывает врачу отвечать на предлагаемые ему юридические и полицейские вопросы по крайнему знанию и истинному убеждению, без лицемерия, без страха и боязни, но также и без излишней самонадеянности, без мелочного самолюбия, столь легко обольщающего нас призраком непреложного всезнания, без ложного стыда, со всею осторожностью и осмотрительностью, которых требует приложение эмпирической науки к интересам жизни государственной.

Указывая в начале или в конце отдельных статей Государственного Врачебного Ведения на специальную... литературу, мы заблаговременно и постепенно знакомим учащихся с драгоценными пособиями, которыми могут они пользоваться в будущее время при самостоятельной работе. Но так как изучение сочинений слишком специальных было бы неуместно при выслушании нашего первоначального курса, так как учащимся, напротив, необходимы сочинения, которые при небольшом объеме заключали бы в себе достаточно полное, ясное и согласное с современною наукою изложение нашего предмета и служили бы постоянною основою и опорой изустному преподаванию профессора, то и рекомендуются нашим слушателям как пособия, удовлетворяющие настоящим их потребностям:

а) по части Судебной медицины: Громов. Краткое изложение Судебной медицины. 2-е изд. СПб., 1838;

б) по части Медицинской полиции: Гелинг. Опыт гражданской Медицинской полиции, примененной к Законам Российской Империи. Том 1. Вильна, 1842;

в) по части врачебного законодательства: Краткое руководство для врачей к познанию Российских законов и Государственной Службы. СПб., Изд. Медицинским Советом,

1843. Свод законов Российской империи, в особенности вся вторая часть XIII тома. СПб., 1842.

Порядок, в котором излагается частное содержание Государственного Врачебноведения как науки, с начала до конца прикладной, не привязывается ни к какой особенной, неподвижной системе. Задачи, предлагаемые врачу судом и полицией, разнообразны до бесконечности, а отдельные статьи, заключающие в себе материалы для решения их, не состоят в таком между собою отношении, которое логически определяло бы необходимое последование одной статьи за другою. А потому и встречаем мы у разных авторов весьма различные системы разделения внешних форм науки, не имеющие ни малейшего влияния на внутренне ее содержание. Что касается до нас, то мы, не думая ни с кем соперничать в совершенстве формальной систематики, заботимся преимущественно о том: а) чтобы близкие и как бы родственные между собою предметы Государственного Врачебноведения не были без нужды разрозниваемы; б) чтобы все существенные части нашей науки были изложены в возможной полноте; в) чтобы это изложение, при всей полноте, не вело к излишним повторениям. Основанное на сих правилах разделение Судебной медицины и Медицинской полиции имею честь представить в прилагаемых к сей общей программе частных конспектах»<sup>6</sup>.

Особый интерес представляют высказывания профессора Армфельда о методике преподавания дисциплин. А.О. Армфельд заведовал кафедрой в период неуклонного и быстрого развития естествознания и медицины. Будучи человеком прогрессивных взглядов, он не мог мириться с сухим схоластическим методом преподавания учащимся догматических положений.

А.О. Армфельд отмечал, что при выборе метода преподавания необходимо, чтобы учащиеся усваивали не только

<sup>6</sup> Архив МГУ. Медицинский факультет. 1848. Д. 119 «Программы судебной медицины и медицинской полиции ординарного профессора Армфельда».

внешнюю форму науки, но и настоящее содержание, настоящий дух науки. Излагаемый предмет не должен восприниматься механически, пассивно; напротив, «учащийся должен собственным, самостоятельным мышлением помогать построению науки и живым участием сопровождать диалектическое ее движение до последних выводов». Все вышеизложенное остается актуальным и в настоящее время.

Программа преподавания предусматривала обязательное обучение студентов осмотру и вскрытию трупов под руководством профессора или прозектора и знакомство хотя бы с одним образцом судебно-медицинского акта и свидетельства, «обработанного по правилам науки и по форме законами установленной».

Программа учебного курса по судебной медицине 1863 г. уже включала экспертизу вещественных доказательств, судебно-медицинскую баллистику, некоторые разделы криминалистики, экспертизу расчлененных трупов; были расширены процессуальный раздел, судебно-медицинская токсикология и др.

Практические судебные врачи проходили подготовку на кафедрах для получения ученой степени и сдачи государственных экзаменов на звание городских, уездных врачей, а также инспекторов врачебных управ.

Однако связь кафедр судебной медицины с органами практической экспертизы была слабой, хотя следственные органы иногда обращались в университет и медико-хирургические академии за консультацией по спорным судебно-медицинским делам. Профессора (в штат кафедры входили профессор, прозектор и помощник прозектора) никогда не приглашались на заседания суда, а все их заключения перепроверялись врачебными управами.

В 1844 г. Медицинский совет постановил, «чтобы трупы, препровожденные в Университеты и Академии для судебно-медицинских исследований, вскрывались бы при бытности

профессора судебной медицины не иначе как в присутствии необходимых официальных лиц и того врача, которому по обязанности службы следовало бы производить вскрытие. Последний составляет ...свидетельство и со своим заключением препровождает по принадлежности».

По мнению Н.М. Алехиной [5], в XIX столетии кафедры судебной медицины почти не имели практического материала, а единственным материалом, доходившим до кафедр судебной медицины, были трупы скоропостижно умерших. Однако это утверждение не вполне справедливо. Так, согласно данным Ю.И. Пиголкина и соавт. [65, 66], в середине и конце XIX в. улучшилась материально-техническая база кафедр, и практического материала для обучения студентов вполне хватало. Сотрудники кафедр судебной медицины оказывали существенную помощь органам суда и полиции, что подтверждает пример кафедры судебной медицины Императорского Московского университета.

Отечественная война 1812 г. причинила значительный материальный ущерб Императорскому Московскому университету, и кафедра судебной медицины не стала исключением. После окончания войны почти все пришлось создавать заново. Много сил и времени укреплению материальной базы кафедры уделял профессор Е.О. Мухин (1766–1850). Сочетая обширную практику с университетскими лекциями и руководством факультетом, он стремился поднять российские медицинские учебные заведения до европейского уровня. Ученый оказывал материальную помощь многим талантливым, но бедствующим студентам, выделял собственные средства значительному числу врачей, готовившихся к профессорской карьере и к практике в госпиталях. Вникая во все детали учебного процесса, Е.О. Мухин создавал базу для развития медицинской науки на факультете: разработал проект реорганизации медицинского факультета, переоборудовал анатоми-

ческий театр, организовал медицинскую библиотеку, благодаря которой студенты могли знакомиться с новейшей (в том числе иностранной) литературой по медицине. Понимая необходимость общения с европейскими учеными, Е.О. Мухин материально помогал молодым выпускникам, выезжавшим для учебы за границу.

В 1835 г. в Императорском Московском университете был введен новый университетский устав. Наряду с другими кафедрами была учреждена новая, именованная «Кафедрой судебной медицины, медицинской полиции, истории и литературы медицины, энциклопедии и методологии». Параллельно с этим громоздким названием в академическом быту и в программах курса она называлась просто кафедрой государственного врачеведения. После отставки Е.О. Мухина кафедру возглавил профессор Александр Осипович Армфельд (1806–1868), много сделавший для развития преподавания судебной медицины в России.

В тот период оборудование кафедры оставляло желать лучшего, особенно это касалось класса судебной медицины, но и на базе имеющегося оборудования А.О. Армфельд устраивал практические занятия со студентами, вел исследовательскую работу [1].

Ознакомиться с оборудованием кафедры судебной медицины в 1830-е гг. помогает документ «о передаче П.И. Страховым в ведение г. Армфельду инструментов для класса судебной медицины». В «Описи инструментов для вскрытия мертвых тел при судебно-медицинских исследованиях» входят:

- 1) Обоюдная пила для пилки черепа, с твердой рукоятью;
- 2) Пилочка;
- 3) Нож обоюдоострый, широкий, для разрезывания мозга;
- 4) Нож обоюдоострый для разрезывания грудно-реберных хрящей;
- 5) Двенадцать скальпелей разной величины;
- 6) Бритва;

- 7) Крючок анатомический, двойной, с деревянной ручкой;
- 8) Два четвертных анатомических крючка;
- 9) Два пинцета;
- 10) Долото;
- 11) Ножницы большие;
- 12) Ножницы малые;
- 13) Ножницы Г. Клюке для вскрытия кишечного канала;
- 14) Стальной щуп обыкновенной длины;
- 15) Зонд, разделенный на дюймы;
- 16) Две медные трубочки, одна прямая, другая кривая;
- 17) Спиновскрыватьель, инструмент для вскрытия спинного канала;
- 18) Молоточек;
- 19) Двенадцать кривых игл, разной величины;
- 20) Головомер, то есть круглый циркуль с мерительною дугою, разделенною на дюймы;
- 21) Сифон оловянный малый;
- 22) Мензурка оловянная в две унции;
- 23) Аршин деревянный складной, разделенный на вершки и дюймы;
- 24) Медные весы с аптекарскими разновесами;
- 25) Твердая щетка для очищения костных опилок;
- 26) Баронокрометр, или безмен с привешенной к нему четырехугольной пластинкой, разделенной на вершки и дюймы, для взвешивания и вымеривания мертвых младенцев;
- 27) Ящик на оные инструменты, окованный медью, выстланный плюшем и в кожаном чехле...» [1, 4].

Таким образом, в распоряжении кафедры был единственный секционный набор, каких в настоящее время на балансе кафедр судебной медицины и в любых крупных Бюро судебно-медицинской экспертизы России имеется большое количество.

В оборудование класса судебной медицины входил «Ящик № 2. Описание инструментов для оживления мнимо-

умерших, как то утопших, удавившихся, задохшихся и от других случаев умерших:

- 1) Машинка для раскрывания рта;
- 2) Лопаточка с ложечкою для очищения слизи во рту и для давания малых приемов лекарств;
- 3) Трубочка жестяная для вдувания воздуха через рот в легкие или а) ртом помогающего, или б) помощью раздувательного меха;
- 4) Шнипер с двумя кровопускательными ланцетами;
- 5) Ножницы средней величины для разрывания платя и белья на шее;
- 6) Нож складной и малый с пуговкою на подобие Поттова, тоже для разрывания одеяния, сапогов и белья;
- 7) Два серебряных мужских катетера, один средней величины и один детский для выпуска мочи;
- 8) Небольшой ящик, выстланный плюшем, для помещения вышеозначенных инструментов;
- 9) Несколько неочищенных гусиных перьев с привинченными на конце крепкими губочками для очищения слизи во рту; самые концы перьев употребляются для щекотания во рту и в глотке, чтобы произвести тошноту и рвоту;
- 10) Эластическая трубка, которая вставляется через гортань в дыхательное горло для вдувания воздуха в легкие... а) ртом помогающего, или б) с помощью раздувательного меха;
- 11) Раздувательный мех для вдувания воздуха в легкие или а) через жестяную, или б) через эластическую трубку; или то же для наставления клистира из табачного дыма;
- 12) Деревянная тополиновая трубка для клистира из табачного дыма, к которой с одной стороны привинчивается вышеуказанный раздувательный мех, а с другой стороны небольшой чубук, вставляющийся в проход;
- 13) Кувшин медный плоский, с деревянною ручкою, в который наливается горячая вода для согревания, обтянутый полотенцем употребляется для согревания тела;

- 14) Сифон клистирный большой для взрослых и к оному прибавлена меньшая оловянная трубка для наставления клистира малолетним;
- 15) Две плетеные щетки;
- 16) Два кусочка грецкой губки;
- 17) Три бинта, первый длиною в три аршина для перевязывания рук или шеи после кровопускания и три к оным компресса;
- 18) Фланелевые широкие и длинные фуфайки вместо рубашки;
- 19) Табак курительный простой 1/4 фунта в жестяной банке;
- 20) Огниво, кремни, наполненные селитрою;
- 21) Три кусочка разной величины проволоки для прочищения чубука и клистирных трубок;
- 22) Два полотенца;
- 23) Хрустальная склянка для нюхательного спирта;
- 24) Таковая же для pro Aetherei Sulfurici;
- 25) Таковая же для деревянного масла;
- 26) Таковая же для камфарного спирта;
- 27) Таковая же для нашатырного спирта;
- 28) Жестянка для ромашки.

По сей описи инструменты все сполна и в исправности принял исполняющий должность ординарного профессора доктор Александр Армфельд. Ноябрь 10 дня 1837 года» [4].

Все вышеперечисленное оборудование А.О. Армфельд использовал во время занятий со студентами.

В те годы у кафедры не было собственного помещения и музея. Все занятия по судебной медицине проводились в анатомическом театре. Интересные находки, обнаруженные при проведении судебно-медицинских исследований, собирались прозектором И.М. Соколовым и приобщались к экспонатам анатомического музея.

Десятилетия мало что изменили в оснащении кафедры, но уже во время заведования кафедрой профессором

Д.Е. Мином (1818–1885), в 1866 г., в кабинете судебной медицины числилось 57 препаратов, 20 рисунков, 113 анатомических инструментов, 1 микроскоп Гартнака и химические реактивы. Об этом свидетельствуют документы из архива кафедры судебной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. В 1867 г. в кабинете судебной медицины числятся 57 препаратов, 47 рисунков, книг и журналов, вскрытый за год проведено 76. В 1869 г. в наличии уже 63 препарата, 65 рисунков, книг и журналов, 1 спектроскоп, а вскрытый было проведено 111. В 1870 г., согласно описи, книг – 72, вскрытый – 122. В 1871 г. в кабинете находилось 80 препаратов, 55 книг, 35 рисунков и фотографических снимков, количество вскрытий – 108. В 1873 г. кафедра имела 124 анатомических инструмента, 104 препарата, 58 названий книг, было проведено 108 вскрытий. В 1875 г. уже числилось 145 препаратов и 71 книга, а в 1875 г. – 150 препаратов и 78 названий книг. В 1877 г. на 1 января в кабинете судебной медицины отмечено наличие 78 названий книг на 300 рублей, 128 анатомических инструментов на 160 рублей, микроскопа Гартнака на 120 рублей, спектроскопа на 150 рублей.

С 1878 по 1900 г. кафедрой судебной медицины заведовал профессор Иван Иванович Нейдинг (1838–1904), уделявший много времени улучшению материального оснащения кафедры. Так, в 1879 г. на кафедре появился второй микроскоп, были закуплены анатомические инструменты на 90 рублей и некоторые аппараты на 94 рубля. Кроме того, удалось приобрести 4 новые книги на сумму 20 рублей; к концу года книг насчитывалось 194 экземпляра на 839 рублей; в 1880 г. книг было уже 196 названий общей стоимостью 854 рубля; в 1882 г. количество книг увеличилось до 203, их стоимость составляла 900 рублей. Количество проведенных судебно-медицинских исследований трупов возросло до 152 в год.

В сентябре 1890 г., с переездом кафедры в новое помещение на Девичьем поле, было закуплено новое оборудование и книги на общую сумму 2 491 рубль – деньги по тем вре-

менам немалые. В 1891 г. были приобретены большой микроскоп Цейса с различными фильтрами (958 рублей); микротом, фотографический аппарат с принадлежностями (150 рублей); анатомические инструменты (187 рублей); книги, атласы и журналы (400 рублей); шкаф и стол для приборов (90 рублей). В 1898 г. закуплены два микроскопа Рейхерта на сумму 409 рублей. Число судебно-медицинских исследований трупов возросло до 301 в год. Был организован Институт судебной медицины при клиниках Императорского Московского университета, что значительно увеличило финансирование кафедры.

И.И. Нейдинг постоянно пополнял кафедральную библиотеку, поэтому к концу 1902 г. в библиотеке насчитывалось уже 645 названий книг на сумму 2 662 рубля. Ученик профессора Нейдинга, профессор П.А. Минаков (1865–1931), продолжил эту работу, благодаря чему музей кафедры превратился в один из крупнейших медицинских музеев России. В дальнейшем последователи П.А. Минакова старались укреплять материально-техническую базу кафедры, что продолжается до настоящего времени.

К концу XIX столетия была создана достаточная материально-техническая база кафедры, позволявшая вести со студентами практические и теоретические занятия на высоком методическом уровне, более того – приобщать их к научно-исследовательской работе. На базе Института судебной медицины при клиниках Императорского Московского университета проводили судебно-медицинские исследования трупов, вещественных доказательств биологического происхождения, а также судебно-химические исследования. Департамент полиции и Московский Окружной суд получал из Императорского Московского университета судебно-медицинские документы, выполненные на высоком методическом уровне, а профессорско-преподавательский состав кафедры неоднократно выступал в судебных заседаниях в качестве экспертов.

Согласно правительственному указу Министерства внутренних дел от 28 декабря 1838 г., был изменен порядок присуждения званий уездных, полицейских, городских врачей и инспекторов врачебной управы.

Для получения этих званий врачи держали особый экзамен, в число сдаваемых предметов включалась и судебная медицина, так как на таких врачей возлагалось производство судебно-медицинской экспертизы.

Экзамен по судебной медицине проводился весьма обстоятельно. Испытуемый кроме устного экзамена должен был представить письменные ответы на заданные вопросы, произвести вскрытие трупа в присутствии профессора и написать полное судебно-медицинское свидетельство (акт).

К вскрытию трупа допускали только тех экзаменуемых, которые, по оценке медицинского факультета, удовлетворительно справились с письменным и устным испытаниями.

Для получения степени доктора медицины каждый выпускник медицинского факультета, имеющий звание лекаря, был обязан сдать экзамен по судебной медицине. В разные годы такие экзамены в Московском Императорском университете принимали И.Ф. Венсович, Е.О. Мухин, А.О. Армфельд, Д.Е. Мин, И.И. Нейдинг, П.А. Минаков и другие выдающиеся ученые, внесшие значительный вклад в развитие судебной медицины в России. Такая система получения степени доктора медицины сохранялась до 1917 г. Анализ архивных документов показал, что получить удовлетворительную оценку по судебной медицине было делом нелегким.

Представляет интерес содержание вопросов и заданий, которые предлагались испытуемым на экзамене, многие из которых не потеряли своей значимости и в настоящее время.

В качестве примера приведем архивное дело Петра Александровича Герцена (1871–1947) – видного отечест-

венного хирурга, одного из основоположников клинической онкологии в СССР, создателя научной онкологической школы, внука выдающегося писателя-демократа А.И. Герцена. Получив прекрасное медицинское образование в Швейцарии и имея звание доктора медицины Лозаннского университета, он должен был получить звание доктора медицины на своей исторической родине.

В силу сложившихся обстоятельств П.А. Герцен в 1900 г. был вынужден обратиться в Московский университет со следующим прошением:

«Его превосходительству г. Декану Медицинского факультета Московского Университета Швейцарского гражданина врача-эксперта при Старо-Екатерининской Больнице и д-ра медицинского Лозаннского Университета Петра Александровича Герцена.

#### Прошение

Честь имею покорнейше просить Ваше превосходительство о допущении меня к испытаниям на степень доктора медицины.

Прилагаю при этом следующие документы:

1. Свидетельство о благонадежности от Обер-полицмейстера за № 1693

2. Удостоверение из конторы Старо-Екатерининской гор. больницы № 1036

Москва, Долгоруковская ул., д. Игнатовой, кв. 18-ая.

14 февраля 1900 г.

Врач П. Герцен»

Прошение было одобрено, и П.А. Герцен приступил к сдаче экзаменов, среди которых имелся и экзамен по судебной медицине. Принимал его профессор П.А. Мина-

ков, один из основоположников московской научной школы судебных медиков.

Архивные документы сохранили для нас результаты этого экзамена (стиль и орфография документов оставлены практически без изменений).

«Все теоретические 2/III-1900 г. и практические 6/XI-1900 г. испытания выдержал удовлетворительно.

25/IV – 1900 г. Герцену Петру. Сочинение № 526.

1. «Несмертельные повреждения головы, лица, шеи, груди, живота и половых органов и конечностей в судебно-медицинском отношении».

Несмертельные повреждения головы, лица и шеи встречаются весьма часто; они разделяются по степени важности на легкие, менее тяжкие и тяжкие.

Легкими повреждениями называются те повреждения, вследствие которых ни одного важного для жизни органа не за[тронут]. Примерами легкого повреждения головы, лица и шеи могут служить ушибы мягких тканей с образованием ссадин кожи, гематомы и отека клетчатки; далее небольшие раны, нанесенные ножом или тупым орудием и доходящие до кости, должны тоже считаться легкими. Интересно заметить, что раны от тупых орудий имеют на черепе характер резаных ран. Раны или ушиб головы, сопровождающиеся переломом черепа опасны, хотя не всегда смертельны. При таких тяжких повреждениях опасность для жизни обуславливается часто не величиной раны или обильным кровотечением, а сотрясением мозга, от которого раненый может умереть тотчас же после повреждения или в течение первых дней после него.

Повреждения лица имеют большое значение в том, что после них часто образовывается обезображивание лица; это случается главным образом вследствие повреждения носа, ушей, губ или после ожогов химическими веществами, или горячими жидкостями; роль судебного врача состоит в том, чтобы

определить, насколько эти обезображения являются неизгладимыми.

Повреждение груди помимо сотрясения внутренних органов, достигающие иногда до опасных размеров, разделяются по степени важности на проникающие и непроникающие. Первые должны считаться всегда серьезными; однако ранения *thorax* и *hydrothorax* не причиняют, во всяком случае, смерти поврежденным. Раны сердца и больших сосудов считаются, безусловно, смертельными; только в последнее время при быстрой оперативной помощи удалось врачам спасти несколько больных с ранением сердца, такие исключения не имеют существенного значения для судебного врача.

Ушиб живота может пройти бесследно, но иногда является весьма опасным вследствие шока, сотрясения внутренних органов. Нужно отметить, что при ушибе живота без наружных повреждений повреждаются нередко внутренние полостные органы, каковы кишки, желудок, желчный пузырь, мочевой пузырь. Эти подкожные повреждения внутренних органов являются опасными для жизни. Раны живота, как раны груди, разделяются на проникающие и непроникающие, первые, весьма серьезные, причиняют смерть больного только при одновременном повреждении внутренних органов или при введении инфекционных начал, отчего происходит перитонит.

К повреждениям половых органов относятся: 1) раны и ушибы мужского полового члена вследствие чего может получиться обезображение или *impotentia coeundi*, 2) раны и ушибы мошонки, разможжение *testiculi*; это последнее повреждение весьма важно в смысле функции органа.

Повреждения конечностей, которые не повлияют на функцию их и которые не требуют длительного лечения, должны считаться легкими; перелом же и повреждение, ограничивающие функцию конечностей, являются, напротив, очень серьезными. Повреждения, сопровождающиеся лишением пальцев, – тяжкие. П. Герцен.

Удовлетворительно – П. Минаков».

Несмотря на некоторые спорные ответы, данные П.А. Герценом на экзамене, видно, что экзамен по судебной медицине является действенным средством проверки знаний по общей медицинской подготовке будущего врача, претендующего на ученую степень.

Уездным и городовым врачам предоставлялось право повышать свой профессиональный уровень. Министерство внутренних дел ежегодно отпускало деньги для командировок врачей в больницы общественного призрения университетских городов, в клиники университетов и военно-медицинских академий, в заграничные учебные заведения, а также для оплаты труда профессоров, которые занимались с врачами. Отбор кандидатов для усовершенствования проводило Министерство внутренних дел на основании сведений о научных и служебных успехах врачей. Однако научные командировки были настолько редки, что говорить о них как о своеобразных курсах повышения квалификации для судебных врачей не приходится.

Выпускник университета, прослушавший курс судебной медицины, не был специалистом в этой области, как и в других областях медицины, по которым он получил знания во время учебы, поэтому передовыми медиками неоднократно высказывались пожелания о специальной подготовке врача к судебно-медицинской деятельности и выделении судебной медицины в самостоятельную специальность.

Первый редактор «Архива судебной медицины и общественной гигиены» доктор И. Бертенсон так характеризовал врачей, исполнявших судебно-медицинские обязанности: «Обремененные не под силу лечебными и административными делами, лишены средств к научному труду, не огражденные даже от самых существенных материальных нужд, эти врачи имели в виду другие цели, другие планы и побуждения и считали совершенно лишним подробное изучение судебной медицины, да и не имели каких-либо средств к совершенствованию в этой области».

Судебно-химические исследования вещественных доказательств проводились врачебными управами, медиками и фармацевтами, а «там, где нет казенных, вольные аптекари обязаны производить химические исследования по поручению местных медицинских установлений», согласно «Правилам для руководства судебного врача при исследовании отравлений» и «Главы о химическом исследовании ядов, сочиненной Членом Совета Нелюбиным».

Однако в 1845 г. Медицинский совет, не доверяя знаниям и опыту лиц, проводивших исследования, указал изучать на местах только половину вещественных доказательств, другую же половину подвергать лишь предварительным химическим исследованиям и вместе с протоколами направлять в Медицинский департамент для контрольного анализа. Количество проверочных испытаний, проводимых Департаментом, постоянно росло: если в первые годы их было 200–300 в год, то в 1865 г. было проведено уже 1 200 экспертиз. В 1865 г. в штаты Медицинского департамента были включены должности экспертов по судебно-химическим и микроскопическим исследованиям.

В 1869 г. врачебные отделения были оснащены микроскопами, а в их штатах появилась должность фармацевта. В случае подозрений на отравление в обязанности фармацевта входило судебно-химическое исследование вещественных доказательств «по правилам наук и подробным наставлениям Медицинского совета Министерства внутренних дел». Если же исследование проводилось «вольными аптекарями», то при этом должны были присутствовать инспектора врачебного отделения.

С этого времени Медицинский совет разрешил обращаться в Медицинский департамент лишь в тех случаях, когда судьи признавали заключение неудовлетворительным. Однако штатные фармацевты не были подготовлены к проведению специальных судебно-химических и микроскопических экспертиз, поэтому процент правильных

заключений был невелик. «Из общей суммы всех 67 проверочных исследований результаты проверочной экспертизы совпали с данными первоначального исследования в 18 случаях...», – писал приват-доцент Крыленко в обзоре судебно-медицинской деятельности Медицинского совета за 1903 г.

В 1905 г. Медицинским советом была создана комиссия, разработавшая проект, смету и план учреждения с лабораторией при нем, в которой предполагалось проводить санитарные, микроскопические, спектроскопические, радиологические, рентгеноскопические и микрофотографические исследования, а также судебно-медицинские исследования вещественных доказательств, бактериологический анализ и анализ химического состава новых фармацевтических и лекарственных веществ. Однако в полном объеме воплотить этот проект не удалось.

Н.М. Алехина [5] ошибочно считала, что специальных помещений для вскрытий мертвых тел в XIX в. в России не было, поэтому судебно-медицинские исследования в уездах обычно проводились на месте происшествия или на месте обнаружения трупа, часто под дождем, на морозе, во дворах, сараях, на кладбищах и т.п. Иногда трупы, подлежащие судебно-медицинскому вскрытию, до прибытия следователя и врача временно хоронили. Летом трупы настолько сильно разлагались, что, согласно Уставу судебной медицины, их вскрытие не должно было производиться. Зимой трупы замерзали, поэтому иногда их не вскрывали, а подвергали лишь наружному осмотру. Не было у судебных врачей и помощников для переноски и переворачивания трупов, даже физически тяжелую часть работы приходилось выполнять самим врачам.

Однако эти утверждения не соответствовали действительности, а такая картина могла наблюдаться только на окраине Российской империи. В Москве, Санкт-Петербурге, губернских и уездных городах при полицейских до-

мах существовали морги, где и происходило проведение судебно-медицинских исследований трупов.

С начала XIX столетия при полицейских частях Москвы начали появляться первые полицейские морги. В XVIII в. город был разделен на 14 частей, а по мере роста столицы, к началу XIX в., их насчитывалось уже 17. Эти части были прототипами современных районов, в каждой из них имелась полицейская часть, исполнявшая полицейскую, противопожарную и судебно-медицинскую службу. При каждой части существовал так называемый частный полицейский дом, включающий в себя морг-часовню, квартиры околоточного надзирателя, полицейского врача, казармы полицейских и пожарных чинов, конюшни и сараи.

Подобные часовни с моргами были обязательной составной частью любых частных домов при полицейских частях Москвы. Они существовали для проведения судебно-медицинского исследования трупов лиц, умерших насильственной смертью на территории обслуживаемого участка, а также для исследования и установления причин смерти умерших – так называемых бесхозных трупов, найденных без паспорта и не востребованных родственниками. В дальнейшем тела таких усопших отпевали в часовне и хоронили за счет города.

Сначала часовня представляла собой небольшое деревянное помещение, увенчанное крестом, с иконой одного из почитаемых святых. Ни о каких вскрытиях мертвых тел в культовом помещении и речи быть не могло. Приходской священник перед захоронением здесь только отпевал неопознанные трупы. Позднее появились две небольшие комнатки, которые тоже не были приспособлены для вскрытий, а служили лишь местом для опознания умерших и решения вопроса о причине смерти путем внешнего осмотра. Но уже к концу XIX в. произошло переоборудование помещений, в одной из комнат были поставлены секционные столы, не более двух, и устроена канализация

с соблюдением санитарных норм. Вскрытие проводил полицейский врач, имевший казенную квартиру в здании полицейской части.

С началом XX в. подобные морги-часовни стали перестраивать и возводить из камня новые. Фасад часовен выполнялся в «неорусском» стиле, характерном для большинства культовых зданий России второй половины XIX – начала XX в. Сначала здание состояло из трех помещений: ледника с бетонными сводами на металлических рельсах, подвала для морга с кирпичными крестовыми сводами и первого этажа, где располагались часовня, досмотровая комната, подъемная машина и кухня. В помещении стояли две голландские печи, а на кухне – русская печь. Часовню венчала глава-луковка с крестом.

До XXI столетия в Москве сохранились строения Сушевской, Пречистенской и Лефортовской полицейских частей, однако морги при Сушевской и Пречистенской частях не уцелели. Единственный морг, оставшийся с тех времен в Москве, а возможно, и во всей России, это морг Лефортовской части, который и сегодня функционирует в системе судебно-медицинской службы Москвы как танатологическое отделение № 4. Фасад здания и внутренняя отделка помещений полностью соответствуют приведенному выше описанию.

Следует отметить наличие связей судебных медиков Москвы с учеными Западной Европы.

Научные связи между судебными медиками России и Германии установились еще в XVIII в., с момента открытия Московского университета. Именно приезд в Москву уроженца Германии профессора Иоганна Фридриха Эразмуса положил начало преподаванию судебной медицины в России.

Выходцем из Германии, получившим на родине прекрасное образование, был и профессор Московского университета Вильгельм Михаил Рихтер (1767–1822).

Немецкие корни имели профессор Московского университета П.П. Эйнбродт, А.О. Армфельд, И.И. Нейдинг, внесшие большой вклад в развитие судебной медицины России и способствовавшие созданию московской научной школы судебной медицины.

В XIX – начале XX столетия будущие профессора, впоследствии преподававшие судебную медицину в Московском университете, проходили подготовку в клиниках Берлина и Вены во время зарубежных командировок, что было обязательным условием для получения в будущем профессорского звания. Лекции ведущих профессоров Берлинского университета способствовали формированию молодых российских ученых.

После 1917 г. связи судебных медиков России и Германии не прерывались.

## ГЛАВА 2 НАЧАЛО ТВОРЧЕСКОГО ПУТИ Г.И. ВИЛЬГИ

**Г**илярий-Здислав Иванович Вильга родился в 1864 г. в семье дворянина-католика, в 1887 г. окончил Слуцкую гимназию. Его дальнейшая судьба была связана с медицинским факультетом Императорского Московского университета, где он обучался с 1887 по 1893 г. После окончания университета получил звание лекаря. За успехи в учебе в 1894 г. был командирован университетом за границу для дальнейшего совершенствования в науках. В течение трех лет Г.И. Вильга работал в Германии, совершенствуясь в одонтологии. Вернувшись из заграничной командировки, он приехал в Москву, где стал заниматься хирургией и зубными болезнями.

19 февраля 1897 г. Г.И. Вильга обратился к декану медицинского факультета Московского университета с просьбой допустить его «к испытаниям на степень доктора медицины в мартовской конференции текущего года». Разрешение было получено, и 7 марта 1897 г. Г.И. Вильга сдал экзамены по девяти предметам, в том числе по судебной медицине и медицинской полиции. Этот экзамен принимал ординарный профессор И.И. Нейдинг. Г.И. Вильга получил удовлетворительную оценку за ответы на вопросы о механических средствах, используемых для плодотворения, о признаках зрелости младенцев. Несмотря на то что Г.И. Вильга занимался одонтологией, вопросов, относящихся к судебной одонтологии, не было, так как в учебниках по судебной медицине той поры раздел судебной одонтологии отсутствовал. После экзаменов Г.И. Вильга продолжил заниматься одонтологией, проблемы которой впоследствии найдут отражение в его диссертации. При этом Вильга не прерывал связи с кафедрой судебной медицины Московского университета, руководимой

его наставником, профессором Петром Андреевичем Минаковым, знакомство с которым и послужило началом дальнейшего творческого союза двух ученых.

В 1901 г. Г.И. Вильга опубликовал статью «К казуистике зубов в роли инородных тел», которая имела судебно-медицинское значение, а в 1902 г. на заседании Московского Одонтологического общества им были сделаны доклады «К вопросу о реплантации зубов» и «Местная анестезия при экстракции зубов», опубликованные в «Одонтологическом обозрении». В том же году он принял участие в работе VIII Пироговского съезда и сделал сообщение «О зубах в судебно-медицинском отношении», которое с одобрением было встречено коллегами. Так, профессор П.А. Минаков отметил, что работа Г.И. Вильги является первым опытом в решении вопросов судебно-медицинской экспертизы в одонтологии России, поскольку зубы имеют большое значение в судебно-медицинской практике. В качестве примера он привел случай, когда ему удалось в массе обгоревших на пожаре костей, в том числе и жвачного животного, распознать зуб ребенка 3–5 лет и тем самым сделать определенный вывод о том, что исчезнувшая во время пожара девочка стала жертвой огня.

Научный руководитель Г.И. Вильги профессор П.А. Минаков также выступил на этом съезде с докладом «О субэндокардиальных экхимозах при смерти от истечения кровью», в котором он впервые в мире сообщил о новом признаке острого малокровия, получившем впоследствии название «пятен Минакова».

На следующий год после съезда Г.И. Вильга опубликовал сочинение «Смерть от потери крови». Среди характерных признаков данного вида смерти он указал на скопление крови «в какой-либо полости тела или около трупа», а также на признаки «значительного малокровия трупа», «необыкновенную бледность» кожных покровов и слизистых оболочек и «едва заметные» трупные гипостазы. Автор обратил внимание на «необыкновенное малокровие внутренних органов»,

отмечая, что при данном виде смерти «почти пусты полости сердца и большие сосуды, и лишь в головном мозгу не замечается малокровия». В результате он заключил, что степень малокровия оказывается большей при наружном, чем при внутреннем кровотечении, а потеря «половины всего количества крови» опасна для жизни. Г.И. Вильга подчеркнул, что «дети и слабые, истощенные субъекты могут умереть от значительно меньшей потери крови, чем здоровые [люди] и с сохранившимся питанием». В заключение он отметил: «Для судебно-медицинской диагностики смерти от потери крови будет достаточно, если при общем малокровии в трупе никакой другой причины смерти не оказывается». Данное исследование было одобрено профессором П.А. Минаковыми и оценено как удовлетворительное.

В 1903 г. в протоколах Московского Одонтологического общества содержатся сведения еще об одном докладе Г.И. Вильги на тему: «К вопросу о неправильностях 2-го прорезывания зубов». Все указанные работы в той или иной мере связаны с исследованиями автора в области судебно-одонтологии.

15 марта 1903 г. Г.И. Вильга обратился на медицинский факультет Московского университета с прошением рассмотреть и допустить к публичной защите его диссертацию «О зубах в судебно-медицинском отношении».

7 мая 1903 г. в Москве при Институте оперативной хирургии на Девичьем поле состоялась защита диссертации Г.И. Вильги, которая прошла успешно. Медицинский факультет «признал Гильярия Вильгу достойным степени доктора медицины».



Профессор П.А. Минаков, будучи научным консультантом Г.И. Вильги, выступил на защите и как официальный оппонент. «На русском языке мы не имеем работ, посвященных изучению зубов в судебно-медицинском отношении, – заявил он, – а между тем судебному врачу приходится решать вопросы, относящиеся к одонтологии, а именно: при оценке поврежденных зубов, при определении тождества живого лица или трупа, при определении возраста, профессии, при оценке ошибок зубопротезирования...». П.А. Минаков подробно проанализировал все главы диссертации и дал высокую оценку работе в целом: «Автор хорошо изучил весь относящийся к данному вопросу обширный литературный материал, судебно-медицинская казуистика собрана с особой тщательностью. Многие выводы автора представляют значительный научный интерес и практическую важность для судебного врача. Ввиду сказанного я полагаю, что сочинение Г. Вильги вполне удовлетворяет той цели, с которой оно представлено на рассмотрение медицинского факультета». В отзыве после подписи П.А. Минакова следуют подписи двух других официальных оппонентов, профессоров И.И. Нейдинга и Ф.А. Рейна, с заключением, что они полностью согласны с мнением П.А. Минакова – научного консультанта и официального оппонента соискателя.

После защиты диссертации Г.И. Вильга посвятил себя зубопротезированию, и его врачебная, научная, организаторская и общественная деятельность стала большим вкладом в развитие отечественной стоматологии.

Знакомство с профессором П.А. Минаковым и увлечение наставника криминальной антропологией во многом обусловили выбор Г.И. Вильгой темы исследования. Именно криминальная антропология послужила развитию судебной стоматологии в России.

## ГЛАВА 3 ОТ КРИМИНАЛЬНОЙ АНТРОПОЛОГИИ К ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ СТАТУСУ

**Р**азвитие судебной одонтологии в России проходило под влиянием европейской криминально-антропологической школы, широко распространенной в Европе конца XIX столетия.

Первым ученым, отметившим в середине XIX в. выраженные анатомические особенности в строении тела и зубов у пациентов с психической дегенерацией, был французский психиатр Б. Морель (B. Morel). По его мнению, эти признаки настолько отступают от средних норм, что не могут быть отнесены к индивидуальным вариантам. Итальянский психиатр Ч. Ломброзо (C. Lombroso), основываясь как на собственных наблюдениях, так и на трудах Мореля, положил начало новой отрасли биологии – криминальной антропологии.

Одним из основных в криминальной антропологии был вопрос о том, что считать индивидуальной особенностью человека и какие из них следует отнести к расовым, профессиональным вариациям, а какие – к аномалиям?

Несмотря на многочисленные наблюдения, научно обоснованных данных в отношении зубочелюстного аппарата получено не было. Колебания размеров зубов, отмечаемые разными авторами, основывались не на измерениях, а лишь на личных впечатлениях исследователей, поэтому те размеры, которые одними авторами назывались «большими», другими могли трактоваться как «малые». Не всегда применялся строго научный метод и при общем исследовании зубов в смысле единства, племени,

пола, возраста, места, а также при сопоставлении показателей здоровых и вырождающихся субъектов.

Учитывая вышеизложенное, надо было с большой осторожностью решать: какие из аномалий зубов можно считать физическими признаками вырождения? Изменения зубов, описываемые разными авторами как признаки вырождения, включали в себя те или иные пороки развития. В том числе – неполная смена зубов, отсутствие зубов мудрости, неправильности их прорезывания, артикуляции, высокое и низкое нёбо, а также наличие зуба Гетчинсона – кинжаловидного клыка, свойственного обезьянам, например гориллам (наибольший поперечник края наблюдается у свободного края десны, отчего клыки постепенно истончаются и заканчиваются острой верхушкой). У человека чем клык острее и шире у шейки, тем ниже раса.

На основании особенностей зубов, которые были описаны различными представителями школы криминальной антропологии как признаки вырождения и преступности натуры, был сделан вывод о том, что эти сведения представляют особый интерес для судебного врача.

Уже в 1886 г. Ч. Ломброзо, наблюдая за живыми преступниками, а также путем вскрытия их после смерти, пришел к выводу, что всякий преступник обладает целым рядом физических особенностей, связанных с отклонениями в психической сфере, которые и характеризуют его как особый антропологический тип человеческого рода. Эти признаки указывают, что их носитель с неизбежностью должен стать преступником, хотя бы даже и тайным, совершенно независимо от всех социальных и индивидуальных условий жизни. По мнению Ломброзо, такой человек «...рожден быть преступником». При этом ученый не отрицал, что социальная среда и различные внешние факторы («бедность, соблазн») могут побудить данное лицо к преступлению. Следовательно, гипотеза

Ломброзо заключалась лишь в попытке объяснить, что существуют люди, имеющие врожденную предрасположенность к преступлению. По его наблюдению, 40 % всего населения тюрем представляют собой видоизменение человеческого типа, обусловленное атавизмом как в своих психических, так и в физических свойствах.

Причина преступления, согласно гипотезе Ломброзо, лежит только в индивидуальности самого преступника, которая является прирожденной и унаследованной. Все найденные у преступников особенности в совокупности являют собой один общий тип врожденного преступника. Исследуя зубы различных преступников, Ч. Ломброзо отметил у 4 % убийц сильно развитые большие клыки, у 44 % убийц и у 17 % преступников другого рода – наличие промежутков между верхними клыками и боковыми резцами (подобно тому, как у орангутанга размещаются нижние клыки). У них же наблюдались тесное размещение зубов, сильно развитые верхние средние резцы рядом с очень маленькими боковыми резцами или полное их отсутствие от рождения (отсутствие от рождения резцов наблюдалось в 2,1 % случаев). Неправильная постановка зубов, узкое и высокое нёбо отмечались во многих случаях, причем чаще у преступниц, чем у преступников, а еще чаще у проституток (41 %).

В 1890-е гг. австрийский судебный медик А. Пальтауф (A. Paltauf) изучил 30 черепов преступников, которые имелись в Венском судебно-медицинском институте, и обнаружил у 8 из них большие массивные резцы, у 5 – такие же клыки, у 2 – «задержку ростов зубов», у 2 – зубы «малые», у 3 – «отсутствие зубов мудрости», у 1 был «открытый прикус», у 5 замечался «зубной прогнатизм».

П. Тарновская на основании своих антропологических исследований в 1889 г. пришла к убеждению, что большая часть проституток занимается этой работой с ранней молодости, обладая многими физическими

и психическими признаками вырождения в результате задержки развития или вследствие генетических нарушений. У 150 исследованных ею проституток в 54 % случаев были обнаружены зубные уродства, в 62 % – неправильная постановка зубов, в 19 % – зубы Гетчинсона (полулунные выемки на резцах), в 10 случаях – отсутствие от рождения боковых верхних резцов. В работе «Женщины-убийцы: Антропологическое исследование» (1902), изучив 160 женщин-преступниц и столько же не-преступных женщин, она выявила, что у убийц в 9,3 % случаев отсутствовали верхние резцы и имелись кинжаловидные клыки, в 28,1 % – редко стоящие зубы, зубы Гетчинсона, в 78 % – аномалии положения, строения зубов, в 15 % – глубокое нёбо. В целом аномалии имели место у 66 % женщин-преступниц (160 человек), 54 % проституток (216 человек), 30 % воровок (100 человек), 22 % не-преступных женщин (158 человек).

В конце XIX столетия Э. Тальбот (E. Talbot) из своих наблюдений, основанных на большом числе исследований зубов и челюстей у слабоумных различных наций, нашел изменения в правильности развития зубов, недоразвитие челюстей, V-образную и седловидную челюсть.

Следует отметить, что конец XIX в. стал временем расцвета криминальной антропологии. Так, А. Sollier высказала мнение, что идиотизм в сопровождении с эпилепсией часто вызывает остановку в развитии, всевозможные аномалии и повреждение зубной системы, встречающиеся в 91 % случаев на 100 обследованных идиотов. Согласно ее исследованиям, у 13 % обследованных наблюдалось преждевременное прорезывание зубов, у 20 % – позднее прорезывание зубов, у 14 % – маленькие зубы, у 11 % – большие зубы, у 2 % – сверхкомплектные зубы, у 34 % – аномалии постановки зубов, у 80 % – аномалии в направлении (передние зубы выступают вперед или назад либо заходят одни за другие), у 53 % – аномалии формы зубов,

у 58 % – эрозии, и только в 11 случаях отмечались нормальные зубы.

Исследуя телесное развитие 200 душевнобольных, Richter нашел у них неправильность постановки зубов и клыков на верхней челюсти в 11 случаях, а на нижней – в 15 случаях. У 1 пациента он наблюдал добавочный зуб, у 2 человек развилось только по 3 резца (в одном случае резцы были наподобие штифтов, в другом – стояли далеко друг от друга).

Учение Ч. Ломброзо и его коллег о преступном человеке, теория об атавизме, сопоставление, проводимое им между преступником, эпилептиком и «нравственнопомешанным», встречали бурные протесты многих представителей научной общественности. В особенности со стороны французского ученого профессора Л. Мануври (L. Manouvrier) и известного юриста-криминолога Г. Тарда (G. Tarde), которые доказывали, что с анатомической точки зрения преступник ничем не отличается от честного человека и что преступление прямо зависит от социальных условий жизни.

Однако такое сложное явление, как преступление, совершающееся в результате комплекса факторов – как наследственных, так и социально обусловленных, – не может быть исчерпывающе объяснено ни гипотезой Ломброзо, ни идеями его научных оппонентов.

В России последователями европейской школы криминальной антропологии были сотрудники Императорского Московского университета профессор П.А. Минаков и профессор А.И. Крюков, который проводил свои исследования одновременно с Г.И. Вильгой на кафедре судебной медицины.

Будучи еще прозектором кафедры, П.А. Минаков начал интересоваться антропологией, занятия которой не прекращал до конца своей жизни. Интерес к антропологии обязан своим возникновением знакомству Пет-

ра Андреевича с учением Ч. Ломброзо. Изучение теории криминальной антропологии указало П.А. Минакову на необходимость глубокого познания антропологии вообще. В то время ведущим ученым в области антропологии России был Д.Д. Анучин, под руководством которого П.А. Минаков принялся за ее постижение.

Впоследствии, будучи членом Общества естествознания, П.А. Минаков стал ближайшим помощником Д.Д. Анучина, а после смерти последнего возглавил антропологический отдел данного Общества.

Результатом изучения антропологии стал ряд работ П.А. Минакова, опубликованных в «Трудах Антропологического отдела Императорского Общества любителей естествознания», посвященных исследованию волос. Работы в данной области привели ученого ко многим важным судебно-медицинским и антропологическим выводам. Придавая форме поперечного сечения волоса значение существенного расового признака, П.А. Минаков указал способы изучения этой формы.

На научные взгляды ученого повлияло общение с зарубежными специалистами во время поездок за границу для повышения квалификации. Первая поездка состоялась в 1895 г., тогда П.А. Минаков работал в Вене у выдающегося судебного медика Э. Гофмана, а также в Париже у не менее знаменитого П. Бруарделя и в Берлине у Г. Штрассмана. Пребывание в течение полутора лет за границей было для П.А. Минакова весьма плодотворным и увенчалось написанием работы «Об изменениях волос под действием высокой температуры» (1896). Возвратившись в Москву, П.А. Минаков продолжил работу, связанную с антропологией и судебной медициной. «Командировки за границу с ученой целью» П.А. Минаков совершал в 1902, 1908, 1909 и 1910 гг., что естественным образом расширяло и совершенствовало его знания и влияло на научные воззрения.

Став в 1901 г. профессором Московского университета, П.А. Минаков продолжал заниматься антропологией, принимал деятельное участие в работе Антропологического отдела Императорского Общества любителей естествознания и «Русского антропологического журнала». Занятия антропологией привели П.А. Минакова к исследованию зубочелюстного аппарата, особенно к феномену позднего прорезывания и задержки прорезывания зубов. В ряде исследований, посвященных данной проблеме, П.А. Минаков отдал дань теории Ч. Ломброзо. В статье «Ненормальная волосатость», опубликованной в XIX томе «Трудов Антропологического отдела Императорского Общества любителей естествознания» (1898), П.А. Минаков отмечал, что аномалии зубов чаще наблюдаются у волосатых людей. Такое соотношение между аномалиями зубов и волос, произошедших из эктодермального слоя, П.А. Минаков объяснял задержкой в развитии двух одинаковых по происхождению образований. В этой же работе П.А. Минаков описал обследованного им «львиного мальчика» Стефана из Варшавской губернии и привел имеющуюся по данному вопросу литературу. Ученый отметил, что у «львиного мальчика», которому исполнилось пять лет, был только один, да и то деформированный зуб, находившийся на нижней челюсти.

Кроме данного случая, П.А. Минаков привел еще ряд наблюдений. Так, у 30-летнего Schwe-Maong было четыре верхних и столько же нижних резцов и один левый нижний клык. Все зубы прорезывались на двадцатом году жизни и в дальнейшем не менялись. У его дочери, когда ей было два года, прорезались только два зуба. Во рту известной «волосатой женщины», уроженки Мексики Юлии Пастраны не доставало клыков и верхних резцов.

Многочисленные наблюдения привели П.А. Минакова к выводу: одонтологический статус можно использовать для идентификации личности.

Продолжателем идей П.А. Минакова стал Г.И. Вильга. Хотя он не во всем разделял взгляды представителей европейской школы криминальной антропологии, некоторые положения его диссертации «О зубах в судебно-медицинском отношении» (1903) касаются дегенеративных изменений при развитии зубов.

Надо отметить, что европейская школа криминальной антропологии способствовала развитию судебной одонтологии не только в России, но и в Европе, даже несмотря на некоторую необоснованность имеющихся научных сведений. Новые научные данные о состоянии и развитии зубов дали возможность успешно решать вопросы, связанные с идентификацией личности.

## ГЛАВА 4

### ДИССЕРТАЦИЯ Г.И. ВИЛЬГИ

### «О ЗУБАХ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ ОТНОШЕНИИ»

**Д**иссертация Г.И. Вильги «О зубах в судебно-медицинском отношении» (1903) является первой работой по судебной одонтологии в России. Исследование Г.И. Вильги состоит из предисловия и 7 глав. В «Предисловии», выразив благодарность профессору П.А. Минакову за ценные советы, указания и нравственную поддержку, Г.И. Вильга обращает внимание на важность поднятых в диссертации проблем: «С тех пор как одонтология стала на строго научную почву и заняла вполне равноправное положение среди других медицинских наук, начало мало-помалу выясняться и ее отношение к последним.

В настоящее время считается твердо установленной связь зубных болезней с болезнями нервными, внутренними, глазными, ушными и др. Кроме того, изучение зубов показало очень важное значение одонтологии в судебной медицине и антропологии.

Судебному врачу в своей практической деятельности приходится встречаться с вопросами, относящимся к различным отделам медицинских знаний, – продолжает Г.И. Вильга, – и в том числе к одонтологии. В последние годы в иностранной медицинской литературе появилось несколько работ, показывающих нам, что во многих случаях судебно-медицинской экспертизы знакомство с одонтологией весьма необходимо для судебного врача. Без такого знакомства оценка повреждений зубов, при отсутствии до сих пор соответствующих указаний со стороны действующих узаконений, является весьма трудною. Да-

лее форма, характер и особенности укушенных ран нередко помогают разъяснению факта преступления и уличению преступника. На основании свойств зубов возможно во многих случаях установить тождество личности не только по отношению к живым людям, но и по отношению к трупам, и даже тогда, когда последние под влиянием огня или гниения изменились до такой степени, что представляют одну лишь бесформенную массу. Исследование зубов дает возможность узнать с известной степенью вероятности возраст, пол человека, его профессию, некоторые заболевания и проч. Наконец, судебному врачу приходится иногда давать свое заключение об ошибках зубо врачевания.

Все сказанное, а также отсутствие на русском языке работ по этому вопросу побудило меня собрать данные, добытые до сего времени, о зубах в судебном-медицинском отношении и проверить некоторые опыты других авторов. Кроме того, имея в виду, что индивидуальные колебания формы и величины зубов в пределах каждой расы еще не были никем изучены и поэтому невозможно в настоящее время с достаточной точностью отличить индивидуальные особенности их от патологических или дегенеративных, я нашел необходимым пополнить этот пробел в литературе интересующего нас вопроса и произвести исследование зубов у здоровых людей...»

Изложенные выше положения не потеряли актуальности и в настоящее время.

В главе I «Травматические повреждения зубов» Г.И. Вильга рассматривает проблемы, связанные с вывихами и переломами зубов. Следует отметить, в XIX столетии существовали противоречивые оценки того или иного повреждения зубов, в основном из-за отсутствия в существующих уголовных уложениях прямых указаний на повреждение зубов.

В «Учебнике судебной медицины», изданном в Кракове в 1899 г., профессор Л. Ваххольц (L. Wacholz) приводит статьи из австрийского уголовного уложения:

«Параграф 152. Кто против человека, хотя и без намерения лишить его жизни, но с другою враждебною целью, действует так, что отсюда следует расстройство здоровья или неспособность исполнять обязанности своей профессии, по крайней мере в продолжение 20 дней, расстройство умственных способностей, тот обвиняется в тяжком телесном повреждении».

За преступление, указанное в параграфе 152, виновный подвергался наказанию по параграфу 154 – от 6 месяцев до 5 лет тюремного заключения.

«Параграф 155. ...Если повреждение повело к расстройству здоровья или неспособности исполнения профессиональных обязанностей, по крайней мере в течение 30 дней; или ...действие было связано с особыми муками для потерпевшего; или ...тяжкое повреждение угрожало жизни, то [виновного] следует карать тяжким и строгим тюремным заключением от 1 до 5 лет».

«Параграф 156. Если преступление имело своим следствием для потерпевшего: утрату или стойкое (продолжительное) уменьшение способности речи, зрения, слуха, утрату глаза, руки и проч[ее]... или какое-либо иное бьющее в глаза увечье либо обезображивание... тогда наказанием должно быть строгое тюремное заключение от 5 до 10 лет...»

В параграфе 411 говорится о легких повреждениях, не относящихся к параграфу 152 и караемых как проступки, а не как преступления.

Кроме того, Л. Ваххольц цитирует немецкое уголовное уложение:

«Параграф 223. Кто с умыслом наносит другому телесное повреждение либо повреждение здоровья, тот наказуется тюремным заключением до 3 лет либо утратою денег до 300 талеров.

Параграф 223а. Поранение тела, учиненное оружием, особенно ножом или другим опасным орудием, или жизне-

угрожающим действием... наказуется тюремным заключением не ниже 2 месяцев.

Параграф 224. Если телесное повреждение было причиною потери важного органа, зрения, слуха, речи, плодовоспособности или стойкого в значительной степени обезображивания... то следует карать тюремным заключением до 5 лет».

В российском «Уложении о наказаниях уголовных 1885 года», изданных Н. Таганцевым в 1901 г., значится:

«Статья 1477. Кто с обдуманном заранее намерением или умыслом нанесет кому-либо тяжкое увечье или иное важное в здоровье или телесных способностях повреждение, лишив его зрения, языка, слуха или руки, ноги или детородных частей, или же каким-либо средством произведет неизгладимое на лице его обезображивание, тот за сие, смотря по большей или меньшей обдуманности умысла, по степени жестокости при совершении преступления, по средствам, для того употребляемым, особливо если удар, причинивший увечье, нанесен изменническим образом, а равно и по мере опасности жизни и страданий подвергавшегося тому увечью или повреждению, наконец, и по важности последствий онаго для его существования и средств пропитания в будущем и по другим обстоятельствам дела, приговаривается: или к лишению всех прав состояния и к ссылке в каторжную работу на время от 4 до 6 лет, или же к лишению всех особенных, лично и по состоянию присвоенных прав и преимуществ и к отдаче в исправительные арестантские отделения на время от 4 до 5 лет.

Статья 1478. За причинение кому-либо с обдуманном заранее намерением или умыслом другого, менее тяжкого увечья, виновный, смотря также по большей или меньшей обдуманности умысла, по мере причиненного сим страдания, по происходящим от этого болям или менее продолжительной неспособности подвергавшегося тому к своим

обычным занятиям и работам и по другим обстоятельствам дела, приговаривается к лишению всех особенных, лично и по состоянию присвоенных прав и преимуществ и к отдаче в исправительные арестантские отделения по второй или четвертой, или же пятой статье 31 сего Уложения...»

При сравнении приведенных выше австрийских, немецких и русских законоположений, касающихся телесных повреждений, видно, что некоторые из них по смыслу близки друг к другу.

Русское Уложение о наказаниях различает «тяжкие увечья» (статья 1477), «менее тяжкие» (статьи 1478–1480) и «легкие» (примечание 1 к статье 1496). Раны делятся на «тяжкие» (статья 1481) и «легкие» (статья 1482, вторая половина статьи 1483).

В решениях Правительствующего Сената имеются некоторые разъяснения относительно определения степеней увечья, но какие именно овреждения следует считать «тяжкими», а какие «легкими», не определяют ни статьи Уложения, ни сенатские решения.

В статье 1440 Врачебного Устава (1892) имеется следующее указание относительно определения важности повреждений и причиненного ими ущерба здоровью потерпевшего: «Потерянный или в бездействие приведенный член чем важнее либо в животной экономии, либо относительно влияния своего на возраст, пол, род жизни, способ пропитания и прочие обстоятельства изувеченного, тем и ущерб, повреждением причиненный, будет больше...»

Таковы были законоположения, которыми приходилось руководствоваться эксперту при оценке травмы зубов. В «Руководстве к изучению судебной медицины для юристов» В.А. Штольца (1890), сказано, что, согласно русскому проекту уголовного Уложения, потеря зубов, затрудняющая жевание и речь, относится к менее тяжким повреждениям. Речь затрудняется вследствие потери резцов, а жевание – коренных зубов.

Данные о косвенной оценке повреждений зубного аппарата в утвержденном Правительствующим Сенатом «Наставлении Присутствиям по воинской повинности для руководства при освидетельствовании телосложения и здоровья лиц, призванных к исполнению сей повинности, с относящимся к нему расписанием болезней и телесных недостатков» (1897) уже были освещены в отечественной литературе. «Наставление...» является дополнением к Уставу о воинской повинности (то есть к тому IV).

Вопрос о том, насколько велик ущерб для здоровья, причиняемый травмой зубочелюстного аппарата, обсуждался в работах конца XIX и начала XX в., при этом сформировались две оценки – повреждение признавалось либо тяжким (менее тяжким), либо легким, не причиняющим вреда здоровью.

Так, доктор Долл (Doll, 1860) относил потерю зубов к тяжким повреждениям, которые ведут к нарушению обычной деятельности потерпевшего, к непригодности или потере необходимого для целостности тела поврежденного органа и к серьезному ущербу для здоровья и жизни пострадавшего в целом.

Долл полагал, что потеря большого числа зубов связана со значительным нарушением здоровья, так как зубы необходимы для ясного произношения, благопристойной мимики, измельчения пищи, обеспечения акта жевания и др. Потеря зубов приводит к плохому пищеварению, недостаточному потреблению пищи, а вследствие этого к ущербу для здоровья и сокращению жизни.

По мнению Долла, утрата даже одного зуба отягощающим образом влияет на остальные; зубы, смежные с утраченным, расшатываются; антагонист утраченного зуба выходит из ячейки, бездействует и теряет свою прочность; вместе с тем происходит потеря прочности и соседних с ним зубов. В результате разрушение и потеря остальных зубов наступают значительно скорее, что, как сказано выше, ве-

дет к нарушению функции пищеварения и ухудшению здоровья.

Напротив, доктор Шумахер (Schumacher, 1860) считал потерю одного или нескольких зубов (наряду с расшатыванием смежных с ними, но без других осложнений) «легким» повреждением, которое причиняет потерпевшему лишь неприятные ощущения, не является «бьющим в глаза, заметным увечьем» или обезображиванием. Таким образом, Шумахер придавал весьма несущественное значение потере зубов.

Австрийский исследователь Е. Гофман (Hofmann, 1901) подчеркивал, что «потерю зубов лишь в редких случаях возможно признать за очевидное, то есть резко заметное обезображивание, так как потеря многих зубов или целого ряда их встречается нередко, и далее, такая потеря сравнительно легко возмещается посредством искусственных зубов...».

Рассмотрев в этой главе отечественные и иностранные законоположения о телесных повреждениях, Г.И. Вильга дает врачу-эксперту советы по оценке повреждений зубов. При этом отмечает, что судебские чиновники в основном разделяют точку зрения доктора Долла. В подтверждение тому приводит случаи из судебной практики европейских государств, которые наглядно иллюстрируют значимость травматического повреждения зубов.

В главе II «Укушенные раны» Г.И. Вильга особое внимание уделяет характеристике ран от укусов, причиненных человеком или животными, а также вопросам идентификации личности по особенностям строения зубов, наличию пломб и протезов.

Обосновывая свои взгляды, автор ссылается на общепризнанные европейские авторитеты (Wacholz L., 1897; Paltauf A., 1898; Hofmann E., 1901), приводя примеры и наблюдения из их работ.

Г.И. Вильга считает, что «...укушенные раны имеют значительный судебно-медицинский интерес, [который]

свидетельствует о бывшем насилии или борьбе. Их отличительные внешние свойства, видимые часто отпечатки зубов позволяют иногда заключить о том, кем они нанесены и при каких обстоятельствах, что помогает нередко разрешению вопроса – произошло ли в данном случае убийство, самоубийство или вообще какое-либо насилие над личностью... Далее, особенное судебно-медицинское значение укушенных ран обуславливается еще их более плохим, по сравнению с другими аналогичными ранениями, течением, частыми и серьезными осложнениями и даже смертельным исходом».

Укушенные раны, разъясняет Вильга, «по своему типу должны быть отнесены к разряду ушибленных, колото-ушибленных или рваных ран». И далее обосновывает свою точку зрения: «Зависит это от того, что зубы, которыми производятся эти раны, являются орудием в виде тупого клина, конуса или бугорчатой плоскости, вследствие чего от сжимания тканей между зубами происходит их ущемление, раздавливание или прокусывание, то есть ушибленная или колото-ушибленная рана.

Если к давлению прибавится еще потягивание или дергание, то рана может превратиться из ушибленной в рваную. Края таких ран более или менее отекают, припухли, содержат кровоподтеки, на них замечаются или следы зубов, или небольшие рубчики и насечки, имеющие важное диагностическое значение. Укушенные раны мало кровоточат.

Если же сила укуса была невелика, то ранение может ограничиваться или нарушением целостности рогового слоя в виде ссадин, или соответственно месту укуса происходят мелкие кровоподтеки, вследствие разрыва сосудов клетчатки, между тем как кожа, благодаря своей высокой эластичности, остается целой.

Такого рода ссадины и кровоподтеки в виде синеватых пятен с зубчатыми краями являются в известной степени

отпечатком зубов, соответствуют их числу, расположению, форме зубных дуг и проч., а потому имеют также важное судебно-медицинское значение, способствуя нередко разъяснению обстоятельств дела и решению вопроса – кем нанесены эти знаки...»

Г.И. Вильга отмечает, что «...Зубами человек наносит раны с целью самозащиты, нападения, вследствие полового извращения и случайно. Раны эти соответствуют зубным дугам человека, отличаясь, кроме того, некоторыми особенностями.

Обычно в норме средние верхние резцы больше боковых, поэтому и отпечатки от них и раны, ими нанесенные, будут сравнительно глубже и шире, чем такие же повреждения от боковых резцов. Если укус произведен всеми шестью передними зубами, то есть при участии также клыков, то на концах его отпечатка будут воронкообразные углубления, соответствующие конусообразным возвышениям клыков, обычно выдающихся над остальными зубами.

Нижняя челюсть имеет четыре резца, приблизительно равной величины, и два клыка, несколько выступающих над уровнем остальных зубов. Соответственно этому остается след, состоящий из четырех линейных отпечатков или ранок от резцов, а по его бокам – по одному воронкообразному углублению или ранке от нижних клыков.

Если укушенная часть тела небольшого диаметра, например верхняя конечность, то описанные выше следы зубов будут заметны по обе стороны органа. Если же между зубами попал орган большого диаметра или складка кожи с подкожной клетчаткой, например на лице, икрах, ягодицах и проч., то укус принимает форму эллипсоидную.

Вообще же характерным для укуса является противоположное расположение зубных следов в виде двух дуг, обращенных друг к другу своими вогнутыми сторонами и разделенными большим или меньшим промежутком неповрежденной ткани.

Укушенные раны чаще наносятся резцами, клыками и отчасти первыми малыми коренными зубами. Большими коренными зубами человек может укусить части тела лишь известной длины и небольшой толщины, как, например, палец. В этом случае получают синеватые отпечатки, соответствующие форме и числу больших коренных зубов, или столько же ушибленных и помятых ранок.

Наибольшее участие при укусе принадлежит всегда верхним передним зубам, оставляющим наиболее глубокие отпечатки или раны.

В том случае, если откушена какая-либо часть тела, например нос, ухо и проч., то на ране обыкновенно остаются следы зубов обеих челюстей.

Более трудна диагностика рваных ран; в этом случае мы имеем или ряд отдельных небольших рвано-ушибленных ранок, или они соединены в одну рану, с потерей вещества ткани. На окружности такой раны можно видеть следы отдельных зубов в виде маленьких рубчиков или насечек. Такие рубчики, дугообразные контуры и двусторонность ран представляются характерными для рваных укушенных ран.

Укушенные раны наносятся человеком чаще всего на открытых местах тела, что отличает их от ран, нанесенных зубами животных. Сила человеческого укуса не так велика, а зубы не так остры, чтобы легко прокусить платье или обувь. Открытые места, на которых чаще встречаются наносимые человеком укушенные раны, будут: лицо, нос, ухо, рука, пальцы; из других мест укусы встречаются на женских грудных железах, половых губах и проч.»

Касаясь укушенных ран, причиненных животными, Г.И. Вильга пишет: «Механические условия здесь в общем те же, как при укусах человека, и раны эти тоже должны быть отнесены к разряду ушибленных, колото-ушибленных и рваных ран.

Эксперт, зная особенности зубного аппарата человека и животного и принимая во внимание размеры и интен-

сивность ранения, расположение, глубину и форму зубных следов, прежде всего решает вопрос: нанесена ли данная укушенная рана человеком или животным?

Далее, на основании ближайших анатомических особенностей зубов различных животных, представляется возможность определить, какого вида животному принадлежат эти укусы.

Раны наносятся различными животными и хищными птицами.

У нас наичаще встречаются раны, производимые лошадьми, мулами, собаками, кошками, свиньями и реже волками. Иногда они представляются серьезными повреждениями даже со смертельным исходом...»

Автор детально описывает раны, причиненные перечисленными выше животными, обращает внимание на то, что укушенные раны животные наносят не только живым людям, но и трупам. Крайне важным моментом он считает установление характера повреждений – прижизненными или посмертными были ранения. При этом указывает: «При ранении трупа отсутствуют реактивные явления со стороны пораненных тканей, нет кровоподтеков, нет расхождения краев раны и проч. Установив факт прижизненного или посмертного ранения, эксперт переходит к рассмотрению данных, на основании которых он делает заключение о том, кем нанесены раны...»

Свои положения Г.И. Вильга иллюстрирует примерами из экспертной практики европейских специалистов, а также приводит случай из практики профессора И.И. Нейдинга, когда у трупа младенца, найденного на церковном дворе, кошки прогрызли отверстие в грудную полость, через которое полностью выели легкое (опубликовано в «Московском врачебном вестнике» за 1875 г.).

Заключая главу, Г.И. Вильга формулирует вопросы, которые должны ставить перед собой судебно-медицинские эксперты:

«1. Имеется ли в данном случае укушенная рана или другое какое-либо повреждение?

2. Нанесена ли рана зубами человека или животного и при каких обстоятельствах?

3. Если рана нанесена зубами животного, то какого?

4. Нанесена ли укушенная рана при жизни или после смерти?»

Со всей очевидностью можно утверждать, что подобные вопросы интересуют судебно-следственные органы и в настоящее время.

Главу III «*Определение тождества личности*» Г.И. Вильга посвящает проблеме идентификации личности. Прежде всего автор подчеркивает важность данной проблемы: «В одном из основных вопросов судебной медицины, в вопросе о тождестве личности, зубы играют важную роль. отождествление личности на основании свойств зубов возможно не только по отношению к живым людям, но и по отношению к трупам и даже тогда, когда последние под влиянием огня или гниения изменились в такой степени, что представляют одну лишь бесформенную массу.

На основании исследования зубов могут быть установлены с известной степенью вероятности: возраст, пол человека, его профессия и некоторые заболевания».

В первом разделе данной главы рассматривается определение возраста, что при отождествлении личности часто является решающим моментом. Впервые в судебно-медицинской литературе Вильга выдвигает положение о том, что «по виду зубов можно с достаточной точностью определить возраст с 6-й недели утробной жизни и до 20-го, приблизительно, года после рождения». Далее ученый отмечает: «...Позднее определение возраста может быть сделано хотя в более широких размерах, однако не с меньшей точностью, чем это возможно сделать на основании других частей скелета. ...В тех случаях, когда труп представляется разрушенным огнем или гниением, зубы, а также их за-

чатки, мешочки и черепочки, как наиболее стойкие элементы в организме, часто остаются единственными данными, на основании которых судебному врачу приходится делать заключение о возрасте индивидуума».

По мнению Г.И. Вильги, «...зубы представляют ценный признак возраста. И действительно, развитие зубов, первое и второе прорезывание их происходит с небольшими колебаниями в правильном хронологическом порядке между 6-й неделей утробной жизни и 20–24 годами после рождения, а поэтому разные моменты этого периода жизни могут быть отмечены с достаточной точностью».

Обобщив имевшиеся на тот момент литературные данные, ученый выделяет периоды развития зубов, разрабатывает таблицу, указывающую на степень окостенения зубов в разное время, последовательность окостенения коронки и корня каждого зуба. «Длина и степень развития корней молочных и постоянных зубов, – пишет он, – должны служить надежнейшим признаком возраста». Окостенение молочных и постоянных зубов автор изобразил графически. Им приведены множественные примеры идентификации личности и установления возраста на основании европейской судебно-медицинской практики. Отсутствие примеров из отечественной практики говорит о том, что на период написания Г.И. Вильгой диссертации сведений об использовании зубов в целях идентификации личности не было.

Второй раздел главы III автор посвящает вопросам определения пола. Многие исследователи делали попытки найти в зубах отличительные черты пола, для чего производили сравнительные измерения зубов у мужчин и женщин. Изучив вопрос, Г.И. Вильга делает следующее наблюдение: челюсти мужчин соответствуют развитой мускулатуре, они массивнее, толще, грубее и сильнее, чем челюсти женщин; челюсти последних более гладкие, нежные и меньше размером, особенно по сравнению с черепной коробкой.

Восходящая ветвь нижней челюсти у мужчин менее наклонена, чем у женщин. Зубы же женщин носят следы большего ухода, реже «закурены» табаком, «в общем слабее мужских, чаще поражены костоедой».

На основании обширных литературных данных и собственных заключений Г.И. Вильга приходит к выводу: «Разница между зубами мужчин и женщин настолько незначительна, что при определении пола зубы, естественно, должны играть второстепенную роль...», но весь зубной аппарат при наличии других признаков пола может способствовать правильному решению этого трудного вопроса (один зуб или несколько зубов рассматриваются, значения не имеет).

Третий раздел главы III содержит данные об установлении тождества личности на основании физиологических особенностей зубов и их аномалий. Автор отмечает, что физиологические особенности зубов и их аномалии дают возможность установить тождество личности, если только признаки эти были известны кому-либо из окружения личности, опознание которой должно быть произведено.

Г.И. Вильге удалось выделить и систематизировать физиологические и индивидуальные характеристики зубов, такие как: цвет, величина, ширина, длина, особенности развития (наличие широких больших средних резцов и маленьких боковых, больших клыков и маленьких резцов и др.), состояние зубных рядов (зубы частые или редкие, с диастемой между собой и др.), присутствие молочных зубов, наступившая или окончившаяся смена зубов, прорезавшиеся зубы мудрости и др. Сюда же относится нормальное использование зубов, присутствие фасеток (площадок) от стирания зубов на поверхностях соприкосновения двух тесно стоящих соседних зубов вследствие существующей незначительной подвижности зубов в ячейках. Наличие таких фасеток заслуживает внимания еще и потому, что отдельно найденные два зуба могут оказаться соседними и принадлежащими одному и тому же лицу.

К физиологическим особенностям Г.И. Вильга относит и возрастное выпадение зубов, стоящее на рубеже с патологическими процессами.

В качестве аномалий зубов ученый называет и врожденные недостатки зубного аппарата, перечисленные ниже.

1) Аномалии смыкания зубов, или так называемого прикуса, в том числе:

- a) прямой прикус,
- b) открытый прикус,
- c) выступающий верхний ряд зубов,
- d) отодвинутый нижний ряд зубов,
- e) выступающий нижний ряд зубов,
- f) кривой прикус.

2) Аномалии челюстей.

3) Аномалии положения зубов.

4) Аномалии числа зубов (количество зубов, увеличенное или уменьшенное против нормы).

5) Аномалии формы зубов.

6) Аномалии величины зубов.

7) Аномалии строения зубов.

Все вышеперечисленные аномалии проиллюстрированы хорошо выполненными графическими материалами, а также примерами идентификации личности по указанным аномалиям зубного аппарата из европейской практики.

В четвертом разделе главы III излагаются вопросы установления тождества личности по пломбам и искусственным зубам, по изменениям цвета натуральных и искусственных зубов под влиянием высокой температуры и гниения.

По мнению Г.И. Вильги, «Зубные пломбы и искусственные зубы, подобно тому, как и аномалии зубов и их физиологические особенности, представляют огромное значение в вопросе установления тождества личности, особенно потому, что их отличительные свойства сохраняются даже тогда, когда все ткани человеческого тела пришли в полное разрушение. ...Особенно ценное судебно-медицинское значение при-

обретают зубы, пломбы и протезы, если они кем-то отмечены и зарегистрированы. Отсюда, естественно, явилось стремление у многих авторов выработать такой способ регистрации зубного аппарата и всего, что с ним делалось, который дал бы возможность понять и разобраться специалисту в записях, делаемых другим лицом, сделать, таким образом, этот способ международным и рекомендовать широкое его применение».

Автор демонстрирует схему регистрации состояния зубных рядов на основании наблюдений видных одонтологов, принятую в Австрии, Германии, Франции, Швейцарии и России, и дает подробное разъяснение этих обозначений. Кроме того, предлагает схему зубных дуг с обозначением постоянных и молочных зубов.

Далее Г.И. Вильга приводит случаи идентификации личности по пломбам и зубным протезам на основании данных европейской судебной практики и наблюдений американских специалистов.

В этой же главе автором прослежены изменения натуральных и искусственных зубов под влиянием высокой температуры и процессов гниения. Г.И. Вильга описывает данные изменения с учетом как литературных данных, так и собственных наблюдений, утвердивших его во мнении, что зубы длительное время сохраняют свои идентификационные свойства.

В пятом разделе главы III автор рассматривает вопросы установления тождества личности по профессиональным изменениям зубов, обусловленным травмой или химическими агентами. Он уверен, что «...профессиональные изменения зубов могут быть настолько значительными, что по ним в некоторых случаях легко определить род занятий данного лица и установить тождество личности. Изменения эти бывают: а) травматического характера, б) или они обусловлены химическими агентами». Ниже Г.И. Вильга перечисляет большое количество химических веществ, способных влиять на состояние зубочелюстного аппарата.

В шестом разделе главы III описаны способы идентификации личности по болезненным изменениям зубов, которые «...как и физиологические их особенности и аномалии, могут помочь в деле установления тождества личности, если они были раньше отмечены кем-либо из знающих лицо, опознание которого требуется сделать». Также автор приводит профессиональные и болезненные изменения зубов, по которым иногда можно идентифицировать труп.

В седьмом разделе главы III представлены исследования найденных отдельных зубов и подчеркнута значимость этих работ для судебно-медицинской экспертизы.

Главу IV «Размеры зубов и их связь с некоторыми антропологическими признаками» Г.И. Вильга посвящает одному из способов посмертного опознания личности в судебно-медицинской практике. Придавая большое значение данному вопросу, ученый еще в 1903 г. в трех номерах журнала «Одонтологическое обозрение» опубликовал статью «Зубы в антропологическом отношении», материалы которой легли в основу данной главы.

В начале главы Г.И. Вильга пишет: «Все отступления от общепринятых и наиболее встречаемых форм в строении человеческого тела были относимы прежними анатомами к аномалиям. Впоследствии, с развитием антропологии, предъявившей новые требования и новые методы к изучению человека, оказалось, что в пределах нормального развития организма существуют не только расовые, но и индивидуальные различия в величине и форме отдельных органов. ...Точное знание индивидуальных колебаний в величине и форме отдельных частей тела в пределах нормы представляется весьма важным для антропологии, психиатрии, криминальной антропологии и судебной медицины».

Далее автор указывает: «Одним из органов человеческого тела, занимающим видное место в образовании типа, являются зубы, которые представляют в своем строении значительные не только расовые, но и индивидуальные ко-

лебания. Несмотря на такой научный интерес, зубы с этой стороны еще мало изучены. Мы до сих пор не можем точно дифференцировать расовые колебания в строении зубов от индивидуальных, встречаемых в пределах нормы, от патологических и др.».

Определяя цель исследования, Г.И. Вильга отмечает, что всестороннее изучение зубов, причин возникновения тех или иных различий в их строении должно проводиться «у людей здоровых, принадлежащих одному и тому же племени и поставленных, приблизительно, в более или менее сходные условия жизни. С этой целью, – продолжает он, – мы произвели исследование и измерение зубов у 100 человек (солдат), заведомо здоровых, одного племени – великорусского, одной местности – Ярославской губернии, Борисоглебского уезда, в возрасте от 22 до 26 лет.

Исследование проводилось по особо выработанной нами карточке, при составлении которой мы принимали во внимание опросный лист Петербургского гигиенического общества для исследования зубов у детей школьного возраста. Для уяснения вопроса, существует ли какая-либо связь между размерами зубов и некоторыми антропологическими признаками, мы ввели в нашу карточку антропологическую часть. Последнюю мы заимствовали из программы антропологических исследований, рекомендуемой Антропологическим отделом Императорского общества любителей естествознания, антропологии и этнографии в Москве».

Следует отметить, что для измерения зубов Г.И. Вильга разработал специальный инструмент, позволявший измерять зуб во всех трех его направлениях (длина, ширина, толщина). Этот инструмент был выполнен фирмой Швабе, а его рисунок приведен в данной главе.

Для измерения поперечного диаметра челюстей был применен видоизмененный Г.И. Вильгой инструмент Талбота (рисунок также представлен в тексте).

Результаты проведенных исследований были систематизированы в таблицах, на их основе подведены итоги. В частности, отмечается, что «...влияние роста на величину отдельных органов тела сказалось и на зубах, так, например, в большинстве случаев, у великорослых зубы встречались длинные. ...Наблюдаемое колебание величины зубов редко касается всех трех его размеров, чаще всего с увеличением одного какого-нибудь размера зуба, например длины, уменьшается его ширина или толщина, или оба эти размера вместе. Так что общий объем зуба как бы остается один и тот же при изменении отдельных его измерений».

Таким образом, заключает Г.И. Вильга, «размеры эти стоят в неразрывной связи с некоторыми антропологическими признаками».

На базе указанных исследований ученый предложил классификацию, разработал таблицу сроков прорезывания, рассасывания молочных зубов, окостенения молочных и постоянных зубов. Кроме того, он представил средние показатели длины, ширины, толщины зубов разных групп на верхней и нижней челюсти. Эти капитальные исследования не утратили своей значимости до настоящего времени.

Благодаря всем этим исследованиям была создана первая в России база данных о состоянии зубочелюстного аппарата у военнослужащих.

Глава V «Зубы у идиотов, душевнобольных, преступников, проституток, карликов» полностью основана на положениях криминальной антропологии.

При освещении некоторых вопросов судебной одонтологии Г.И. Вильга, несмотря на большую исследовательскую работу, высказывает ряд ошибочных суждений, поддавшись влиянию европейской криминальной антропологической школы (Ч. Ломброзо, Б. Морель и др.). Так, при описании зубного аппарата у психических больных, преступников, проституток он выдвигает тезис о «дегенеративных» признаках, якобы предопределяющих поведение людей из этих групп.

В главе VI «*Зубы у различных рас*» приводятся антропологические данные и сведения о состоянии зубочелюстного аппарата у представителей различных рас, а также литературный обзор антропологической и медицинской литературы по данному вопросу.

По словам автора, «...знакомство с расовыми особенностями зубов представляет для судебного врача не только большой научный интерес, но нередко может также иметь и практическое значение».

К сожалению, рассматривая данную проблему, Г.И. Вильга находился под влиянием взглядов Ч. Ломброзо.

Глава VII называется «*Профессиональные ошибки зубо врача*». В ней впервые в отечественной литературе были поставлены вопросы судебно-медицинской экспертизы врачебных ошибок при лечении зубов. Ранее в своих работах Г.И. Вильга неоднократно останавливался на проблемах, связанных с дефектами оказания медицинской помощи в одонтологической практике, а также на профессиональных ошибках одонтологов.

Наряду с рассматриваемой диссертационной работой определенное судебно-медицинское значение имела статья Г.И. Вильги «К казуистике зубов в роли инородных тел», опубликованная в «Одонтологическом обозрении» за 1901 г. В ней он рассказал о случаях попадания зубов в дыхательные пути, когда при «удалении зубов под наркозом один из них попал в левый бронх», после чего «...произошло омертвление левого легкого, окончившееся смертью больной».

В 1902 г. Гилярий Иванович сделал доклад в Московском одонтологическом обществе «Местная анестезия при экстракции зубов» (впоследствии опубликован в «Одонтологическом обозрении»), в котором предупредил коллег о возможности врачебных ошибок при выборе анестезирующего средства.

«Мы отдаем полное предпочтение местно-анестезирующим средствам как менее опасным, – пишет он, – рекомен-

дуя применять общий наркоз только в тех случаях, когда приходится удалять много зубов у нервных людей, и допуская таковой для удаления небольшого числа зубов в самых исключительных случаях...» Учитывая тот факт, что на 2–3 тысячи общих наркозов приходился 1 смертельный случай, Вильга предостерегает врачей, чтобы они не рисковали жизнями больных из-за такой «маловажной» операции, как удаление зубов. Он также разработал противопоказания к наркозу. Говоря о препаратах местной анестезии, в частности о кокаине, Г.И. Вильга сообщает коллегам о том, что при передозировке этого вещества возможны отравление больного и даже смерть.

Ученый справедливо полагает: «...Под именем ошибки врача в лечении закон понимает невольное упущение и отступление от основных непреложных правил медицины во время лечения больных, а не намеренный вред, причиняемый врачом своему пациенту. Последнее действие врача, если оно только будет доказано, является нанесением расстройства здоровья или убийством. Ошибки зубо врача могут происходить: 1) при консервативном лечении зубов; 2) при извлечении их; 3) при изготовлении всевозможных протезов с искусственными зубами и вообще при всем, относящемся к зубной технике...»

По мнению автора, считается «плохим лечением такое, когда от несоответствующих мероприятий зубного врача или вследствие неискусно произведенной им операции произошел вред для здоровья больного или его смерть. Такого рода плохое лечение может произойти или по небрежности, где злого умысла нет, но где допущено невнимательное, неряшливое отношение к данному случаю, или по невежеству проводилось лечение, не допускаемое своевременными требованиями науки». Во избежание ошибок при удалении зубов Вильга призывает внимательно относиться к выбору методов обезболивания – местная анестезия или наркоз, высказываясь в пользу первой. Он приводит множе-

ство примеров из практики европейских и российских одонтологов (в том числе из собственной), касающихся осложнений при удалении зубов. Его вывод таков: «Осложнения, которые встречаются при экстракциях зубов, – [это] ошибки технического характера, кровотечения и инфекции».

В отечественной и зарубежной литературе отсутствовали описания подобных ошибок, поэтому, признается Г.И. Вильга, он излагает лишь общую точку зрения на данную проблему. Что касается ошибок зубной техники, то сведения о них можно найти только в европейских литературных источниках, в отечественных источниках подобные описания не были зарегистрированы.

В дореволюционной России политика царского правительства была направлена на сохранение частной одонтологической практики. В «Уложении о наказаниях» (1885) за явные и серьезные врачебные ошибки предусматривалось запрещение заниматься практикой, а за смерть больного и причинение «важного вреда» его здоровью – церковное покаяние. Таким образом, за профессиональные упущения следовали не уголовные санкции, а меры административного и нравственного порядка. По уставу уголовного судопроизводства, врачебные дела после предварительного следствия подлежали оценке и заключению Врачебной управы или Медицинского совета.

Великий Н.И. Пирогов (1810–1881) писал, что только беспощадная критика своих ошибок может быть адекватной «расплатой» за их «высокую цену». Еще в 1839 г. он призывал коллег к тщательному изучению ошибок, допущенных в медицинской практике, возведя их изучение в особый раздел медицинской науки, который сегодня именуется врачебной эрологией – наукой о профессиональных ошибках.

Тема врачебных ошибок нашла отражение и в «Записках врача», принадлежащих перу русского литератора, критика и врача В.В. Вересаева. Это произведение, написанное в самом начале XX в., стало своеобразным пособием

по медицинской этике и деонтологии и не утратило своего значения до сих пор. Как врач, В.В. Вересаев утверждал, что прогресс медицинской науки неизбежно сопряжен с врачебными ошибками и что нельзя стать искусным врачом, не пройдя свой путь переживания и осмысления допущенных промахов.

Путь предупреждения врачебных ошибок заключается в их глубоком анализе, выяснении причин в каждом конкретном случае, а также в постоянном совершенствовании профессиональных знаний врача.

Н.И. Пирогов посвятил анализу ошибок в своей врачебной деятельности книгу «Анналы хирургической клиники Дерптского университета». «Мы должны считать себя трижды счастливыми, – писал он, – если нам удастся в известной мере преодолеть ту или другую трудность при пользовании правилами врачебного искусства, постигнуть и преодолеть вкоренившийся предрассудок, расширить для наших сотоварищей узкую тропу, ведущую к истине. Но этого можно достигнуть, по моему мнению, только в том случае, если тщательно изучить ошибки, допущенные нами при занятиях практической медициной, – более того, возвести их познание в особый раздел науки! Исходя из основанного в изучении духа нашего искусства убеждения в том, что «мы должны ошибаться», практические ошибки, в том числе и грубейшие, надо рассматривать не как нечто постыдное и наказуемое, а как нечто неизбежное. Надо поспешить признать свои ошибки перед сотоварищами и прежде всего постичь механизмы ошибок. Признаю, что это лабиринт, выходы из которого закрыты предрассудками, тщеславием, невежеством; но святая любовь к науке и, следовательно, к истине, найдет руководящую нить...» Данным принципом Н.И. Пирогов руководствовался в течение всей своей жизни, завещая его своим ученикам и последователям.

Продолжая идеи Н.И. Пирогова, Г.И. Вильга впервые в России начал изучать причины профессиональных оши-

бок и дефектов при оказании одонтологической медицинской помощи.

Завершая свой фундаментальный труд, Г.И. Вильга сформулировал «Положения», или выводы:

«1. Потеря зубов вследствие травмы должна быть оцениваема различно, в зависимости от особенностей каждого отдельного случая. При этом необходимо обращать внимание на возраст и пол потерпевшего, его профессию, влияние потери зубов на функцию жевания, речи, на общее состояние здоровья и пр.

2. Зубы являются наиболее стойкими органами в человеческом теле по отношению к действию огня и гниения. Они оказываются иногда сохранившимися в таких случаях, когда все мягкие части и даже кости трупа разрушены пламенем.

3. На основании исследования зубов возможно бывает установить тождество трупа даже в тех случаях, когда под влиянием действия пламени и гниения человеческое тело изменилось в такой степени, что представляет [собой] одну лишь бесформенную массу.

4. При опознании личности трупа могут иметь большое значение зубные пломбы и искусственные зубы.

5. Индивидуальные особенности зубов, их аномалии, болезни и профессиональные изменения также могут служить данными при установлении тождества личности живого человека или трупа.

6. Для целей антропологии, судебной медицины, психиатрии и криминальной антропологии является весьма необходимым точное знание индивидуальных колебаний в величине и форме зубов.

7. Существует известная связь между размерами зубов и некоторыми антропологическими признаками.

8. У светлого типа, а также у высокорослых преобладают длинные зубы».

В конце работы автор приводит «Перечень важнейших работ, ссылки на которые встречаются в тексте», состоящий

из 174 источников литературы. В перечне литературных источников преобладают работы иностранных авторов, среди которых видное место занимают публикации специалистов в области судебной медицины и одонтологии из Австрии, Германии, Франции, Англии и др. Отечественная литература представлена работами видных российских ученых, в том числе самого Г.И. Вильги.

В качестве приложения помещены «Таблицы антропологических измерений и наблюдений за 100 солдатами, уроженцами Ярославской губернии, Романо-Борисоглебского уезда», сопровождаемые примечаниями автора.

Трудно переоценить значение диссертации Г.И. Вильги для становления и развития отечественной судебной стоматологии. Многие годы эта работа была единственным руководством для судебных медиков и одонтологов, привлекаемых к экспертной деятельности.

Диссертационное исследование Г.И. Вильги «О зубах в судебно-медицинском отношении» вышло отдельной книгой в 1903 г. в Москве, отпечатанное в типографии Г. Лисснера и А. Гешеля на Воздвиженке. Типография располагалась в Крестовоздвиженском переулке в собственном доме Г. Лисснера. Книга имела большой успех.

Выход в свет этой работы стал событием для медицинского сообщества России. Судебные врачи получили новые данные, позволяющие применять их при проведении судебно-медицинских экспертиз. Российские одонтологи обогатились ценными сведениями, касающимися их специальности.

Интерес к работе Г.И. Вильги можно проследить по экземпляру, принадлежавшему доктору медицины, профессору Петербургского университета Францу Александровичу Звержховскому (1873–1949). На титульном листе книги есть дарственная надпись: «Многоуважаемому профессору Ф.А. Звержховскому от автора». Особенно заинтересовала Ф.А. Звержховского глава IV «Размеры зубов и их связь

с некоторыми антропологическими признаками», в тексте и таблицах которой он сделал множество подчеркиваний и заметок на полях.

Также, судя по многочисленным пометам, особое внимание профессора Ф.А. Звержховского привлекла глава VII «Профессиональные ошибки зубо врачевания», где явно прослеживается интерес владельца книги к применению местной анестезии при удалении зубов и возможным врачебным ошибкам при выборе анестезии.

После защиты диссертации Г.И. Вильга полностью посвятил себя зубо врачеванию и преподавательской деятельности.

## **ГЛАВА 5**

### **ВРАЧЕБНАЯ, НАУЧНАЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

#### **Г.И. ВИЛЬГИ**

**В** 1885 г. на медицинском факультете Московского университета, по инициативе Н.В. Склифосовского, при факультетской хирургической клинике, руководимой им, впервые в России была создана доцентура по одонтологии. Приват-доцентом и руководителем курса стал Н.Н. Знаменский (1856–1915).

Доцентура по одонтологии, начавшая функционировать с 1885/86 учебного года, стала первым шагом на пути преподавания одонтологии в высшей школе. Н.Н. Знаменский провел большую подготовительную работу по созданию учебной базы для практических занятий по одонтологии, оснащению ее оборудованием, инструментарием, пломбирочными, перевязочными, зубопротезными и другими материалами. Им была составлена учебная программа, которую одобрил и утвердил Н.В. Склифосовский. Н.Н. Знаменский читал курс лекций по разработанной им программе. Студенты старших курсов и врачи под руководством специалистов по одонтологии должны были изучать консервативное и оперативное лечение кариеса зубов и его осложнений, технику экстракции зубов, методы реплантации, имплантации и трансплантации. В 1894 г. медицинскому факультету Московского университета было разрешено проводить экзамены на звание зубного врача для лиц, окончивших зубо врачебные школы и лечебные факультеты университетов. Практические испытания по протезной технике и пломбированию зубов было поручено принимать Н.Н. Знаменскому, а клинические испытания – ординарному профессору А.А. Левшину (1842–1911).

В 1893 г. в доцентуру Московского университета был зачислен Г.И. Вильга, который посвятил себя зубопротезированию и стал в дальнейшем известным специалистом в этой области. В 1903 г. он защитил докторскую диссертацию «О зубах в судебно-медицинском отношении», которая, как сказано выше, долгие годы была единственным руководством для зубных врачей и судебно-медицинских экспертов в России.

В 1905 г. практические занятия по одонтологии проводили уже три приват-доцента, доктора медицины Н.Н. Знаменский, Г.И. Вильга и М.Б. Янковский. Дело, начатое Н.Н. Знаменским и Н.В. Склифосовским, было продолжено Михаилом Болеславовичем Янковским (1866–1923), который в 1920 г. возглавил первый в России научно-практический институт по зубопротезированию – Дом советского зубопротезирования (ДСЗ) в Москве, переименованный в 1922 г. в Государственный институт зубопротезирования (ГИЗ).

Несмотря на большую загруженность преподавательской и лечебной работой, Г.И. Вильга продолжал активно заниматься общественной и научной деятельностью. Он был организатором и председателем Всероссийских одонтологических съездов в Москве (1908) и Харькове (1911). В своей речи на VI одонтологическом съезде в 1911 г. Вильга констатировал: «Одонтология, ставши на научную почву, стала равной другим отраслям медицины». На этом же съезде он выступил с докладом «Альвеолярная пиорея и ее лечение», в котором проанализировал причины заболевания, подробно изложил методы общего и местного лечения, подчеркнул, что зубной камень следует снимать не только в области шейки, но и у корня.

Г.И. Вильга пропагандировал одонтологию как науку среди врачей разных специальностей, в том числе и судебных медиков. Об этом свидетельствуют его многочисленные доклады и выступления на съездах Обществ русских врачей, посвященных памяти Н.И. Пирогова. Еще в 1901 г., на VIII съезде Общества русских врачей, посвященном памя-

ти Н.И. Пирогова, кроме доклада «О зубах в судебно-медицинском отношении», Г.И. Вильга выступил с двумя докладами, посвященными зубопротезированию: «К вопросу о состоянии пульпы молочных зубов при рассасывании корней на основании клинических наблюдений» (в соавторстве с М.М. Чемодановым) и «О положении зубопротезирования в кадетских корпусах» (в соавторстве с В.П. Бекаревичем).

В 1909 г. Г.И. Вильга открыл в Москве зубопротезную школу, которая вместе с зубопротезной школой И.М. Коварского (1892) впоследствии стала учебно-вспомогательной базой кафедры хирургии челюстей и полости рта с одонтологической клиникой медицинского факультета Московского университета. Эту школу в 1912 г. окончил А.И. Евдокимов, будущий профессор, выдающийся организатор советского здравоохранения, в частности стоматологической помощи населению. После окончания школы он остался в ней на преподавательской работе.

Г.И. Вильга являлся одним из инициаторов создания стационарной одонтологической помощи в России. В 1915 г. при Центральном госпитале в Москве им было открыто челюстно-лицевое отделение на 50 коек, а спустя полгода – госпиталь на 400 коек. В челюстно-лицевом отделении вместе с Г.И. Вильгой работали выдающиеся отечественные ученые профессора А.Э. Рауэр, Н.М. Михельсон и др.

О роли специализированной помощи раненым в челюстно-лицевую область Г.И. Вильга говорил в первом руководстве для врачей и студентов «Помощь на фронте раненым в челюсть» (1919). Ученый отметил слабую организацию этого вида медицинской помощи, в том числе нехватку госпиталей и специалистов, позднюю госпитализацию из-за неудовлетворительной организации эвакуации раненых и др. Руководство основывалось на опыте работы Г.И. Вильги в челюстно-лицевом отделении в годы Первой мировой войны. Говоря об опасности поздней госпитализации при ранении в челюстно-лицевую область, автор отмечал, что 26 % ра-

ненных поступало в госпиталь через 1–3 месяца после него, а 25 % – через 3–6 месяцев.

Г.И. Вильга подробно описал огнестрельные ранения челюстно-лицевой области, разработал схему поэтапного оказания помощи при таких ранениях, индивидуальные показания к иммобилизации при переломах челюстей различной локализации.

25 июля 1918 г. Гилярий Иванович был избран председателем президиума Учебной одонтологической комиссии при зубсекции Наркомздрава РСФСР, в обязанности которой входила разработка мер по реформированию зубоврачебного образования. Комиссия приняла резолюцию о закрытии всех зубоврачебных школ как не отвечающих требованиям времени. Было предложено передать зубоврачебное образование медицинским факультетам университетов, а зубоврачебные школы использовать как учебно-вспомогательные учреждения при них. Комиссией были внесены предложения по вопросам общего медицинского образования, преподавания специальных медицинских дисциплин и сроков обучения на одонтологических отделениях. На одонтологических отделениях решили создать три самостоятельные кафедры: патологии и терапии зубных болезней, протезной техники, хирургии болезней челюстей и полости рта. Большинство замыслов комиссии Наркомздрава и Наркомпроса РСФСР нашло свое одобрение. Однако в феврале 1919 г. Совет МГУ отклонил идею об организации одонтологического отделения, вместо этого было предложено создать кафедру хирургии челюстей и полости рта с одонтологической клиникой.

19 марта 1919 г. ректор МГУ Р.М. Новиков, по согласованию с Наркомпросом РСФСР, утвердил решение Совета МГУ об организации такой кафедры. Заведующим был избран профессор Г.И. Вильга, который одновременно заведовал челюстно-лицевым госпиталем.

В 1922 г., приняв польское гражданство, Г.И. Вильга покинул Россию. В этом же году он был избран по конкурсу

профессором кафедры дентиатрии Польского института одонтологии, позднее названного Академией стоматологии.

Последние двадцать лет жизни профессора Вильги были связаны с Польшей, где, будучи директором клиники, ученый создал научную школу, воспитывая своих учеников на традициях русских хирургических школ.

В 1942 г. Гилярий Иванович Вильга трагически погиб во время оккупации Польши фашистской Германией. Однако его имя осталось в истории отечественной судебной медицины как первого российского судебного одонтолога, ученого, стоявшего у истоков судебной стоматологии в России.

В дальнейшем идеи, высказанные Г.И. Вильгой, нашли своих сторонников и продолжателей.

## ГЛАВА 6

### ПОСЛЕДОВАТЕЛИ Г.И. ВИЛЬГИ В СУДЕБНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**В** числе продолжателей дела Г.И. Вильги был профессор Григорий Алексеевич Маслов (1862–1924), один из крупнейших одонтологов России. Г.А. Маслов учился в Симферопольской гимназии, затем на медицинском факультете Харьковского университета. После его окончания в 1889 г. получил звание старшего лекаря и уездного врача, после чего поступил сверхштатным ординатором в хирургическую клинику В.Ф. Груббе. Выдержав экзамен на степень доктора медицины, в 1896 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Материалы к вопросу о морфологии и развитии кровяных телец». Однако с течением времени его научные интересы сосредоточились на дентиатрии – наименее изученном разделе одонтологии.

На протяжении последующих трех лет Г.А. Маслов работал в Баку, в Михайловской больнице, где занимался зубоврачеванием. Вернувшись в Харьков, стал преподавать дентиатрию в частных зубоврачебных школах. Его имя получило широкую известность в медицинских кругах Харькова. В 1905 г. Г.А. Маслов сделал доклад «Краткий курс судебной одонтологии», вышедший отдельной книгой. Данная работа не только подчеркивала значение исследований Г.И. Вильги, но и значительно дополняла их. Необходимость подобных изысканий была вызвана большим интересом одонтологов к проблемам судебной медицины.

В 1916 г. Г.А. Маслов был избран доцентом по одонтологии, а в 1919 г. – профессором Харьковского университета. В тот год он организовал кафедру одонтологии медицинского факультета Харьковского университета и до 1921 г. руководил ею.

После Октябрьской революции 1917 г. была создана государственная система судебно-медицинской экспертизы, оказывающая помощь не только судебно-следственным органам, но и органам здравоохранения. 11 июля 1918 г. в составе Наркомздрава РСФСР появился подраздел медицинской экспертизы, в том числе и судебной. Аналогичные отделения возникли в губернских отделах здравоохранения. В 1920 г. были учреждены должности губернских, городских и районных судебно-медицинских экспертов, открыты губернские судебно-медицинские лаборатории. В Постановлении о правах и обязанностях государственных медицинских экспертов (1919) и в Положении о судебно-медицинских экспертах (1920) эксперт именовался научным судьей фактов и наделялся несвойственными ему следственными функциями, которые были исключены в последующем законодательстве.

В 1922–1923 гг. были введены в действие Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы РСФСР. Последний определил процессуальное положение судебно-медицинской экспертизы, а также права и обязанности судебно-медицинских экспертов на предварительном и судебном следствии. В 1928–1929 гг. Наркомздрав и Наркомюст РСФСР утвердили Правила определения тяжести телесных повреждений и Правила судебно-медицинского исследования трупа.

За годы советской власти в России была создана разветвленная сеть судебно-медицинских учреждений. В 1932 г. в Москве начал работу Научно-исследовательский институт судебной медицины, объединявший в научно-практическом и организационно-методическом отношении судебно-медицинские учреждения всех союзных республик. В 1934 г. были приняты Положения о производстве судебно-медицинской экспертизы, а в 1937 г. утверждена должность главного судебно-медицинского эксперта Наркомздрава СССР.

Важную роль в развитии судебной медицины сыграло Постановление СНК СССР от 4 июня 1939 г. «О мерах укрепления и развития судебно-медицинской экспертизы».

Во время Великой Отечественной войны судебные медики – как военные, так и гражданские – активно участвовали в расследовании злодеяний немецко-фашистских захватчиков.

В 1952–1953 гг. были изданы новая инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР и положение о республиканских, областных, краевых бюро судебно-медицинской экспертизы. С 1958 г. стал выходить журнал «Судебно-медицинская экспертиза», способствовавший распространению научных достижений в области судебной медицины.

В настоящее время порядок производства судебно-медицинской экспертизы в России утверждается приказами МЗ РФ после согласования с Генеральной прокуратурой РФ, Верховным судом РФ и Министерством внутренних дел РФ. В соответствующих инструкциях и положениях сформулированы цели и задачи судебно-медицинской экспертизы, указаны законодательные документы, определяющие ее функционирование, структуру и соподчиненность подразделений экспертизы, дана общая характеристика объектов, входящих в компетенцию судебно-медицинской экспертизы, и другие данные.

Судебно-медицинская экспертиза проводится в бюро судебно-медицинской экспертизы, находящихся в ведении республиканских (в составе РФ), областных, краевых и городских органов здравоохранения.

После Октябрьской революции 1917 г. наука одонтология поднялась на новую ступень развития и в 1920-е гг. оформилась как «стоматология» – самостоятельная медицинская дисциплина. Были открыты научно-практические стоматологические институты, а в 1935 г. в Москве принял студентов первый учебный Московский стоматологический институт (МСИ). Подготовка врачей-стоматологов встала на уровень высшей медицинской школы.

Развитие и становление стоматологии не могло не отразиться на судебно-медицинской экспертной деятельности, основанной на специальных знаниях в области судебной стоматологии.

В 1928 г. в журнале «Одонтология и стоматология» И.Я. Бычков опубликовал статью «Судебная одонтология», в которой поднимал актуальные научные и организационные вопросы судебной экспертизы. Автор указал на большие экспертные возможности, которые открывает судебная одонтология для идентификации личности, возраста, профессии по стоматологическому статусу, а также по отпечаткам и следам зубов. Среди других стоматологических экспертиз он рассмотрел случаи привлечения к уголовной ответственности зубных врачей и зубных техников в связи с профессиональными правонарушениями. Большое внимание уделил подготовке специализированных экспертных кадров, справедливо отметив, что судебный медик плохо осведомлен в вопросах стоматологии, точно так же, как зубной врач не имеет подготовки по судебной медицине, изучение которой должно стать самостоятельным ответвлением в общей системе образования стоматологов.

В последующие десятилетия, по мере дальнейшего развития стоматологии и расширения экспертной деятельности, появились научные исследования, статьи и монографии по узловым проблемам судебно-стоматологической экспертизы, авторами которых выступали как судебные медики, так и стоматологи.

Вопросам судебно-стоматологической травматологии были посвящены диссертационные исследования судебных медиков Н.П. Пырлиной «Судебно-медицинская оценка повреждений лица» (1951), А.Ф. Рубежанского «Материалы к судебно-медицинской экспертизе переломов костей челюстно-лицевой области и повреждений зубов» (1960), Г.А. Ботезату «Судебно-медицинская экспертиза повреждений и потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы» (1966). В данных исследованиях представлена судебно-медицинская статистика повреждений мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов, а также разработаны основные экспертные критерии при определении степени тяжести телесных повреждений.

Механизмы травмы нашли широкое отражение в монографиях В.Н. Крюкова «Механизмы переломов костей» (1971), «Механика и морфология переломов» (1986), «Основы механо- и морфогенеза переломов» (1995), а также в трудах крупных отечественных челюстно-лицевых хирургов А.Э. Рауэра «Переломы челюстей и повреждения мягких тканей лица» (1932, 1936, 1940, 1947); Н.М. Михельсона «Челюстно-лицевые повреждения и их лечение» (1947), «Повреждения лица и челюстей и их лечение» (1956); В.С. Дмитриевой «Переломы челюстей мирного времени и их лечение» (1966) и др.

В докторской диссертации и монографии «Применение трупного хряща в клинике» (1946) Н.М. Михельсон рассмотрел опыт использования трупного хряща для свободной пересадки, получив для замещения дефектов твердых тканей доступный материал, легко поддающийся обработке.

Создание и использование методов пластической хирургии челюстно-лицевой области имели особую актуальность в послевоенные годы, когда множество раненых нуждалось в сложных восстановительных операциях на лице. Большой опыт, накопленный в клинике, был обобщен Н.М. Михельсоном и А.Э. Рауэром в руководстве «Пластические операции на лице» (1943, 1946). За эту книгу, содержащую результаты научных исследований и описание новых оригинальных методов хирургических операций, получивших широкое применение на практике, авторам в 1946 г. была присуждена Сталинская премия.

До настоящего времени не утратили своей значимости монография Н.М. Михельсона «Повреждения лица и челюстей и их лечение» (1956) и ряд статей на эту тему, в которых освещались вопросы лечения гранулирующих ран, первичной кожной пластики, свободной пересадки кожных лоскутов и др. Практика показала, что больные с травматическими дефектами челюстно-лицевой области, страдающие от нарушения речи, жевательной функции и др., в большей степени страдают от своих эстетических изъянов. Они становятся раз-

дражительными, у некоторых из них отмечается своеобразная психопатизация личности. Н.М. Михельсон отмечал, что «даже милостивый для постороннего глаза рубец часто служит предметом внимания и тревоги для больного. Последний часто придает большое значение наружному виду самого рубца, чем тем подчас тяжелым нарушениям функции какого-либо органа, которые вызваны данным рубцом» (1957). Н.М. Михельсон рассматривал пластику кожного покрова лица как срочную операцию, выполнение которой необходимо уже при первичной хирургической обработке раны.

Проблемам восстановительного лечения была посвящена докторская диссертация А.А. Кьяндского «Остеопластическое восстановление травматических дефектов нижней челюсти» (1938), а также докторская диссертация Е.С. Малевича «Применение костных аутотрансплантатов из трупной нижней челюсти для замещения ее дефектов у человека» (1959).

Работы по ранней пластике лица после травмы были обобщены в 1944 г. в докторской диссертации М.В. Мухина «Ранние пластические операции при дефектах мягких тканей лица после огнестрельных ранений».

Большое значение для судебной медицины имели работы многих выдающихся отечественных стоматологов. Уже в 20–30-е гг. XX столетия в трудах А.А. Лимберга были заложены основы лечения повреждений тканей лица, а в 1940-х гг. травматология челюстно-лицевой области оформилась как один из основных разделов хирургической стоматологии. В 1927 г. А.А. Лимберг впервые предложил методы закрепления отломков при переломах челюстей. Этому вопросу был посвящен раздел «Повреждения скелета и мягких частей лица и полости рта» в руководстве А.А. Поленова «Основы практической травматологии».

В 1938–1939 гг. двумя изданиями вышел первый в СССР учебник по хирургической стоматологии А.А. Лимберга и П.П. Львова. В главе по травматологии А.А. Лимберг подробно раскрыл механические, термические и химические

виды повреждений тканей челюстно-лицевой области. Вслед за учебником были изданы монографии ученого «Шинирование при переломах челюстей» (1940) и «Огнестрельные ранения лица и челюстей и их лечение» (1941). В 1935 г. А.А. Лимберг организовал кафедру челюстно-лицевой хирургии в Ленинградском институте усовершенствования врачей. В 1943 г. ученый предложил использовать для костной пластики нижней челюсти расщепленный отрезок ребра. Этот метод получил широкое распространение в челюстно-лицевой хирургии. В 1946 г. вышла в свет его книга «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела», которая была удостоена Сталинской премии.

Работы А.А. Лимберга стали основой отечественной челюстно-лицевой травматологии.

Вопросам военной стоматологии были посвящены исследования Д.А. Энтина. Большое значение имела его книга «Военная челюстно-лицевая хирургия» (1941), в которой автор указывал на необходимость расширения показаний к анестезии как лечебному воздействию при обработке челюстно-лицевых повреждений. В работе «Организация помощи и лечение челюстно-лицевых раненых на разных этапах эвакуации во время боевых операций в 1939 и 1940 гг.» (1940) Д.А. Энтин отмечал, что из общего числа раненых в челюстно-лицевую область в 63 % случаев специализированная помощь оказывалась в войсковом районе. В книгах «Помощь на фронте раненым в челюсть» (1940), «Стоматология в Отечественной войне» (1942), «Современные методы лечения огнестрельных переломов челюстей» (1943) автор поделился опытом и методами лечения, выделив комплекс задач по улучшению этого вида помощи.

В исследованиях А.Е. Верлоцкого «Оказание неотложной помощи при челюстно-лицевых повреждениях» (1942) и «Пластика нижней губы и подбородка» (1945) были отражены механизм, клиника и последствия повреждений лица и зубочелюстного аппарата.

Вопросам восстановительного лечения были посвящены монография Б.Е. Франкенберга «Восстановительная хирургия лица» (1936), его научные работы «О сроках и принципах первичной обработки ран при огнестрельных разрушениях лица» (1945), «Новый способ закрытия слюнных свищей огнестрельного происхождения» (1946), «Первичное лечение и восстановление разрушенной кожи лица при ожогах» (1949), а также докторская диссертация Ф.М. Хитрова «Пластика носа филатовским стеблем после огнестрельных повреждений» (1949). В 1955 г. Ф.М. Хитров опубликовал монографию «Пластическое замещение дефектов лица и шеи филатовским стеблем», которая была отмечена премией им. С.И. Спасокукоцкого, а его классический труд «Дефекты и рубцовые заращения глотки шейного отдела пищевода, гортани и трахеи и методика их устранения» был удостоен в 1964 г. Ленинской премии.

Кандидатская диссертация А.В. Коваля «Лечение челюстных переломов» (1950) посвящена диагностике и лечению переломов челюстей. В 1946 г. М.В. Костылевым была защищена кандидатская диссертация на тему: «Оперативное лечение рубцовых контрактур нижней челюсти».

В 1959 г. в монографии «Восстановительная хирургия лица» Н.И. Агапов поделился своим многолетним опытом лечения ранений в челюстно-лицевую область, в том числе полученным в годы Великой Отечественной войны. В 1961 г. увидел свет труд К.И. Бердыгана «Клиника и лечение повреждений челюстно-лицевой области». Кандидатская диссертация В.В. Дадаляна «Специализированная помощь при огнестрельных повреждениях челюстно-лицевой области в армейском районе (Карпаты)» (1958) стала обобщением фронтового опыта автора.

Последствия огнестрельных ранений лица рассматривались в кандидатской диссертации Д.А. Коротного «К вопросу об отдаленных последствиях огнестрельной травмы челюстно-лицевой области» (1960).

Вопросы пластической хирургии нашли отражение в работах профессора Г.Р. Курбатова «Восстановительные опера-

ции при отрыве и деформации подбородочной области огнестрельного происхождения (1948), «Устранение тотального носа по способу, предложенному автором» (1952), «Материалы к изучению восстановительной хирургии лица» (1956), «Травматизм челюстей и его лечение» (1956), «Лечение огнестрельных ранений лица по принципу ранней пластики» (1958) и др.

Интересные данные содержатся в докторской диссертации М.Ф. Даценко «Патология и терапия заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области», которую автор успешно защитил в 1962 г.

Большое значение имели работы В.С. Дмитриевой «Хирургическое лечение рубцов лица и шеи после термических и химических ожогов» (1953), «Хирургическое лечение рубцов лица и шеи после ожога» (1955), «Хирургическое лечение ран челюстно-лицевой области при остром лучевом поражении в эксперименте» (1959), «Лечение травмы челюстно-лицевой области при острой лучевой болезни в эксперименте» (в соавторстве с А.И. Рыбаковым, 1962).

Для судебной медицины важны исследования профессора Г.М. Иващенко, который начал свою научную деятельность во время Великой Отечественной войны, тогда же вышла его первая работа «Огнестрельные ранения нижней челюсти и смежных областей». Он участвовал в составлении VI тома многотомного труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». В 1953 г. Г.М. Иващенко защитил кандидатскую диссертацию «Задушение как осложнение при огнестрельных ранениях и повреждениях лица и челюсти», а в 1963 г. – докторскую диссертацию «Анатомические особенности огнестрельных ранений мягких тканей и костей лица».

В 1951 г. Б.Д. Кабаков защитил кандидатскую диссертацию «Огнестрельные ранения и повреждения мягких тканей лица и их лечение по опыту Великой Отечественной войны», а в 1960 г. – докторскую диссертацию, материалы которой были положены в основу изданной в 1963 г. монографии «Костная пластика нижней челюсти».

В работе Б.Д. Кабакова и В.А. Малышева «Переломы челюстей» (1981) приведена общая характеристика переломов челюстей, сочетающихся с повреждениями других областей тела (политравмы), проанализированы ошибки и осложнения при лечении переломов челюстей. В зависимости от причин травм авторы предложили выделить следующие виды повреждений: 1) переломы, нанесенные различными видами транспорта или движущимися транспортными средствами; 2) переломы во время занятий спортом; 3) переломы в быту; 4) переломы в результате других причин. Также были рассмотрены симптоматика переломов, клиническое и рентгенологическое обследование больных, лечение при сочетанных повреждениях челюстей и других областей тела, специализированный уход и лечебное питание. Авторами подробно проанализированы ошибки и осложнения в период стационарного лечения и амбулаторного долечивания.

Изучение повреждений челюстно-лицевой области было продолжено Т.М. Лурье в докторской диссертации «Материалы к изучению повреждений челюстно-лицевой области в мирное время (по данным лечебных учреждений страны)» (1970).

Особый интерес вызывают работы заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук профессора В.Ю. Курляндского (1908–1977), многие годы заведовавшего кафедрой госпитальной ортопедической стоматологии ММСИ им. Н.А. Семашко. Благодаря его исследованиям получило развитие функциональное направление в лечении переломов челюстей, основы которого автор разработал и представил в докторской диссертации «Функциональный метод лечения огнестрельных переломов челюстей» (1943). В 2001 г. увидела свет ранее не опубликованная монография В.Ю. Курляндского и Б.С. Свадковского «Аспекты судебно-медицинской экспертизы в ортопедической стоматологии». Соавтором В.Ю. Курляндского выступил известный судебный медик профессор Б.С. Свадковский, бывший заведующий кафедрой судебной медицины ММСИ им. Н.А. Семашко. Подобных работ до того времени не было, и из-

дание этой монографии стало своевременной и полезной акцией для судебных медиков и врачей-стоматологов. В монографии представлена экспертная оценка основных видов конструктивных и технических особенностей зубных протезов, зубопротезных материалов, этапов протезирования, ненадлежащего оказания медицинской помощи. Работа содержит сведения об идентификации личности по зубному протезу и другим экспертным критериям. Также в ней описаны повреждения мягких тканей лица и дана экспертная оценка не только подобных повреждений, но и профессиональной причастности стоматолога и зубного техника к изготовлению зубного протеза.

В 1998 г. вышла книга В.Н. Копейкина «Ошибки в ортопедической стоматологии», а в 2002 г. совместная работа В.Н. Копейкина, М.З. Миргазизова и А.Ю. Малого «Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты», осветившие важные для судебной практики вопросы.

Проблемам идентификации личности по стоматологическому статусу, следам и отпечаткам зубов посвящен раздел в монографии В.И. Пашковой «Очерки судебно-медицинской остеологии» (1963), а также диссертационное исследование Г.А. Голобородского «Судебно-медицинское и криминалистическое значение зубов человека и их следов» (1950). Дефекты медицинской деятельности и некоторые вопросы уголовной ответственности зубных врачей и врачей-стоматологов за профессиональные правонарушения нашли отражение в монографиях крупных отечественных стоматологов И.М. Старобинского «Ошибки в зубоврачебной хирургии» (1927) и А.И. Рыбакова «Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии» (1966).

В середине XX столетия в зарубежной стоматологии и судебной медицине появилось предложение выделить судебно-медицинскую стоматологию в самостоятельный раздел (Keiser-Nielsen S., 1971), а отечественные ученые уже рассматривали и рассматривают судебную стоматологию как новый самостоятельный раздел судебно-медицинской науки и пра-

ктики (Б.С. Свадковский, 1972; Б.С. Свадковский, В.Ю. Курляндский, 1973).

В 1961 г. в Дании было основано Скандинавское научное общество судебных стоматологов, которое решило популяризировать судебную стоматологию среди врачей-стоматологов, судебных медиков и сотрудников полиции и привлекать к изучению ее проблем широкий круг специалистов. В настоящее время членами общества являются эксперты-стоматологи и судебные медики многих стран Европы, Азии, Африки и Америки. Общество издает информационный бюллетень (News Letter), на страницах которого освещаются проблемы судебной стоматологии, совместной с Интерполом международной деятельности, сообщается информация о съездах и конгрессах, о результатах научных и практических исследований по стоматологической экспертизе, а также приводится библиография мировой литературы по судебной стоматологии.

Проблемы судебной стоматологии обсуждаются на международных конгрессах по судебной медицине.

На V конференции, состоявшейся в Канаде (Торонто, 1969), были заслушаны три доклада по судебной стоматологии: «Необходимый минимальный набор признаков при идентификации личности по зубам» (S. Keiser-Nielsen); «Рентгенологическое исследование при идентификации личности по зубам» (J. Tolderlund) и «Попытка идентификации личности по отпечаткам губ» (K. Suzuki, Y. Tsuchihashi). На II Всемирном симпозиуме по судебной медицине (Вашингтон, 1970) были сделаны доклады по судебной стоматологии, среди них «Ответственность зубного врача» (Morris) и «Цели и проблемы судебно-стоматологической экспертизы при авиационных катастрофах» (Kreffft).

На заседании европейского отделения Международной федерации стоматологов (Вена, 1967) профессор S. Keiser-Nielsen выступил с обзором, посвященным становлению, современному состоянию и перспективам развития судебной стоматологии. В принятой по этому докладу резолюции было рекомен-

довано ввести судебную стоматологию в программу подготовки врачей-стоматологов и высказано пожелание по разработке универсальной системы описания зубов.

В решении 56-й генеральной ассамблеи Международной федерации стоматологов (Варна, 1968) отмечалось, что судебная стоматология достигла такого уровня, при котором она может быть включена в учебные планы подготовки стоматологов и зубных врачей. Кроме того, говорилось о целесообразности введения аспирантуры по этой специальности.

На 57-й конференции Международной федерации стоматологов (Нью-Йорк, 1969) были представлены доклады и по судебной стоматологии: «Основные вопросы в практике судебной стоматологии» (Pedersen); «Идентификация личности по зубам в случаях массовых катастроф» (Salley); «Определение возраста человека по зубам» (Gustafson, Johanson); «Изучение следов укусов» (Keiser-Nielsen).

Национальные общества стоматологов уделяют большое внимание судебной стоматологии. В 1967 г. Американская академия патологии полости рта учредила Комитет по судебной стоматологии, в функции которого входят рецензирование учебников по стоматологии и разработка рекомендаций по лекционному курсу судебной стоматологии. Британская ассоциация стоматологов (1968) и 21-й Испанский конгресс стоматологов (1969) обсудили проблему идентификации личности по стоматологическому статусу.

В 1969 г. в Королевском медицинском обществе в Лондоне профессор Simpson сделал доклад «Судебные аспекты стоматологии», а в 1970 г. на конференции этого общества профессор Miles продемонстрировал препараты по судебной стоматологии.

В 1968 г. в Швеции эксперты-стоматологи обсудили вопросы преподавания судебной стоматологии и подготовки экспертов-стоматологов. Профессор S. Keiser-Nielsen предложил идентификационную таблицу с минимальным числом признаков при экспертизе повреждений, причиненных зубами.

Зарубежные судебные медики и стоматологи к числу основных проблем судебной стоматологии относят вопросы идентификации личности, установления пола, возраста, профессии, места протезирования, профессиональной уголовной ответственности медицинского персонала стоматологических учреждений, экспертизы укусов, а также процессуальных основ судебно-стоматологической экспертизы. В меньшей степени освещаются проблемы экспертизы повреждений мягких тканей лица, костей лицевого скелета и зубов.

В 1947 г. в Чили была введена система маркировки зубных протезов путем размещения в них жетона из алюминиевой фольги с регистрационным номером. Летчики, пожарные и полицейские воспользовались этим методом. По инициативе Скандинавского общества стоматологов была создана Международная ассоциация идентификации личности по стоматологическому статусу, имеющая национальные отделения во многих странах мира. Осуществлен ряд мероприятий, направленных на усовершенствование метода идентификации (единая система регистрации зубов, унификация записей зубных врачей при санации полости рта и при лечебных процедурах).

В Швеции для идентификации личности официально введена маркировка зубных протезов, а в стоматологической клинике Копенгагена проведена регистрация зубов датских летчиков (рентгеновский снимок зубов и челюстей и 3 черно-белые фотографии полости рта). Предполагалось провести такую регистрацию и среди других контингентов населения с приложением цветной фотографии.

Чешский ученый Fiala в докторской диссертации «Идентификация личности по расположению зубов» (1968) описал индивидуальные особенности зубов, методы их регистрации, определение возраста по зубам, обследование следов укусов, вскрытие полости рта трупа и др., а также разработал цифровую классификацию особенностей зубов. Автор является постоянным экспертом-стоматологом при Министерстве юстиции.

Рентгенологической идентификации по стоматологическому статусу посвящена монография А. Neiss (Штутгарт, 1968), в которой содержатся сведения о рентгенологической антропологии, применении рентгеновского исследования при экспертизе авиакатастроф (определение возраста).

В 1972 г., по инициативе кафедры судебной медицины Московского ордена Трудового Красного Знамени медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко, состоялась первая в СССР научная конференция по судебной стоматологии, посвященная организационным, научным и экспертным проблемам, а также подготовке кадров экспертов-стоматологов и преподаванию судебной медицины на стоматологических факультетах.

Также по предложению кафедры судебной медицины ММСИ в 1974 г. была проведена вторая научная конференция по судебной стоматологии, участники которой рассмотрели проблемы нового раздела судебной медицины, приняли рекомендации по разработке методических писем по отдельным видам судебно-стоматологической экспертизы и включению в учебный план стоматологических факультетов вопросов судебной медицины в пределах компетенции врача-стоматолога.

В 1997 г. в Москве, на базе ММСИ им. Н.А. Семашко, прошла международная конференция по судебной стоматологии, в центре внимания которой были перспективы развития судебно-стоматологических методов идентификации личности в нашей стране и за рубежом. В работе конференции приняли участие ведущие специалисты по судебной медицине России, Украины, Белоруссии, Молдовы, Армении, Казахстана, Литвы, а также Англии, Франции, Ливана и других стран. Среди участников были и сотрудники Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы. Программа конференции оказалась полезной не только для судебных медиков, но и для юристов, специализирующихся в области криминалистики. На конференции обсуждались вопросы идентификации личности, работы судебно-медицинской службы при крупномасштабных катастрофах

с применением новых методик в судебной медицине и судебной стоматологии.

Большой интерес вызвали исследования останков Екатеринбургского захоронения, в частности сообщение «Кранио-фациальная идентификация останков Екатеринбургского захоронения» (профессор С.С. Абрамов), «Судебно-стоматологические исследования при идентификации останков царской семьи» (профессор В.А. Попов). Принципы деятельности судебно-медицинской службы при крупномасштабных катастрофах осветили профессор Г.А. Пашимян, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗ Москвы профессор В.В. Жаров, профессор Е.С. Тучик и др.

Были заслушаны доклады по использованию методов реконструкции лица по черепу с целью идентификации личности в системе МВД России (О.П. Коровянский, А.В. Савушкин), «Антропологическая реконструкция в судебно-медицинской практике» (С.А. Никитин), исследования сотрудников антропологической школы профессора М.М. Герасимова (Г.В. Лебединская); сообщение об исследовании ткани и реконструкции внешнего облика мумии женщины скифского периода (Т.С. Балужева, В.А. Козельцев).

О компьютерных методах идентификации личности сообщил профессор В.Н. Звягин. Живой интерес вызвали доклады российских ученых «Географическое распределение некоторых признаков зубной системы (применительно к идентификации личности)» (А.А. Зубов), «Значение возрастных изменений признаков внешности человека в экспертной портретной идентификации» (А.М. Зинин), «Идентификация личности визуально неопознанных тел при массовой гибели людей» (Ю.И. Соседко, С.А. Аксенов).

Зарубежные ученые познакомили российских коллег с организацией судебно-медицинской службы Великобритании, с проблемами в их экспертной практике, новыми достижениями при использовании судебной фотографии и фотографической техники применительно к задачам судебной медицины, с деятель-

ностью службы катастроф и многими другими вопросами. Особое внимание привлекли доклады «Массовые захоронения в Руанде» (P. Vanezis), «От сбора улики до компьютерной томографии» (M. Evenot). Первое сообщение было посвящено работе экспертных комиссий при расследовании преступных массовых репрессий и нарушений прав человека в Руанде. Во втором приводилось описание случая из практики, в котором преступление (убийство с грабежом) было раскрыто благодаря проведению комплексной комиссионной экспертизы с привлечением стоматологов, судебно-медицинских экспертов, баллистов, антропологов и других специалистов.

С большим вниманием были заслушаны доклады: «Смерть (медицинские и юридические аспекты)» (T. Squires); «Классификация черепов по этническим признакам (использование положения подбородочного отверстия нижней челюсти)» (A. Santini); «Немое свидетельство» (P. Marsden, F. Martin). В последнем приводилось в пример дело, в котором единственной уликой, изобличившей преступника, был след от укуса.

Целесообразность проведения таких конференций очевидна, так как проблема идентификации личности является важнейшей как в отечественной, так и в зарубежной экспертной практике.

## ГЛАВА 7

# СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СУДЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ

**Т**очное установление личности человека – одна из актуальных и сложных проблем судебной медицины. Идентификацией – в широком смысле этого термина – называется установление тождества явлений, предметов, вещей, процессов и лиц по их характерным, присущим только им индивидуальным особенностям.

В настоящее время решение проблем, связанных с идентификацией личности, приобретает особую актуальность в связи с участвовавшими случаями крупномасштабных катастроф, локальных военных конфликтов, террористических актов, а также по причине резкого увеличения миграции населения, появления большого количества лиц без определенного места жительства. К подобным событиям с массовыми человеческими жертвами можно отнести землетрясение в Спитаке (Республика Армения), железнодорожные катастрофы в Арзамасе и Башкирии, воздушные катастрофы в Иркутске и Перми, пожары в Самаре и Вологодской области, взрывы во Владикавказе, Москве, Магнитогорске и др.

По данным МВД России, ежегодно в стране обнаруживается более 20 000 неопознанных трупов.

При идентификации личности принадлежность обнаруженного трупа или его частей конкретному человеку основывается на исследовании совокупности многих общих и частных признаков. Однако при возникновении чрезвычайных ситуаций с многочисленными человеческими жертвами, как правило, отсутствуют возможности использования традиционных методов и средств идентификации личности, которые применяются

в повседневной деятельности экспертно-криминалистических и судебно-медицинских подразделений.

Общеизвестно, что судебно-медицинская идентификация личности основана, во-первых, на получении объективных данных об индивидуальных признаках неопознанного объекта, биологических сведений о нем, а во-вторых, на сравнении этой информации с данными, отображающими аналогичные признаки разыскиваемого человека. Однако нередко, вследствие гнилой трансформации, мумификации и других посмертных процессов, индивидуальные признаки человека теряют свою достоверность или становятся непригодными для исследования, затрудняя проведение идентификации личности.

При обнаружении обугленных, скелетированных трупов или их частей возникает необходимость установления личности по стоматологическому статусу, так как многие авторы рассматривают зубочелюстную систему как важный источник получения объективной информации для установления пола, возраста, этно-расовой принадлежности человека, выявления индивидуальных признаков и установления личности.

Значительное место в идентификации личности по стоматологическому статусу отводится зубам – не только как носителям индивидуальных особенностей, способствующих установлению личности, но и как объектам, с определенной закономерностью отражающим динамику возрастных процессов. Неслучайно Г.И. Вильга подчеркивал: «В одном из основных вопросов судебной медицины, в вопросе о тождестве личности, зубы играют важную роль».

Многочисленные публикации в отечественной и зарубежной литературе подтверждают значимость использования анатомо-морфологических особенностей зубов при идентификации личности.

Зубы человека, необычайно стойкие к воздействию различных неблагоприятных физико-химических факторов,

дольше других тканей сохраняют свои анатомо-морфологические свойства.

С возрастом в костной ткани увеличивается количество неорганических веществ, а к 60 годам уменьшается содержание воды. От 20–30 до 60 лет – период относительного динамического равновесия большинства показателей и коэффициентов, характеризующих состав и минеральную насыщенность костной ткани. Эмаль зубов пожилых людей более сходна с фтор-апатитом.

Можно наблюдать положительную корреляцию между содержанием в зубах органических веществ, показателем теплообразования и общим количеством азота. Даже в 200-летних зубах теплообразование полностью не прекращается, и его существенное снижение наблюдается только после этого срока. То есть даже в мертвых зубах идет теплообразование.

Следует отметить, что химический состав эмали относительно устойчив и после пребывания зубов в течение 38 лет в выщелоченном черноземе.

Неорганические вещества в эмали находятся в соединении с органическими веществами, образуя единое целое, что позволяет рассматривать эмаль как биологическую систему, как ткань, связанную в своем до- и постэмбриональном периоде со всем организмом, а не как изолированное минералоподобное образование. Меняя свойства и специализируя структуру зубных тканей в направлении, выработанном в процессе филогенеза, обызвествление не лишает эмаль и дентин основного свойства организованной материи. Эти обстоятельства имеют существенное значение для судебно-медицинской идентификации личности, так как зубы человека имеют значительное количество практически неповторимых в своей совокупности свойств и признаков, индивидуализирующих личность.

Следовательно, стоматологический статус в ряде случаев может быть единственным источником, позволяющим высказать суждение о половой, возрастной и этно-расовой принадлежности человека.

При идентификации личности по стоматологическому статусу необходимо использовать анатомо-морфологические особенности зубов и челюстей, их рентгенографическое изображение, прижизненные фотографии зубов, следы зубов, оставленные на разных объектах. В зависимости от полноценности и информативности представленных объектов каждый из указанных методов может быть использован для идентификации личности неопознанного трупа или его скелетированных останков.

При этом весьма ценным для экспертизы являются прижизненные рентгенограммы зубов и челюстей, поскольку форма и относительные размеры зубов, а также их корней, наличие различных кариозных полостей, протезов, пломб и других приобретенных особенностей достаточно индивидуальны.

Важные сведения об особенностях зубов и челюстей могут обнаружиться в медицинских документах стоматологических учреждений. Эти записи, как правило, отражают не только состояние зубов, но и прикуса, развитие зубочелюстной системы, наличие и особенности пломб, следы терапевтического, хирургического и ортопедического лечения.

Важным шагом в развитии судебной стоматологии было появление двузначной системы регистрации зубов, обозначающей положение зубов. На конгрессе Международной стоматологической федерации (FDJ) в Бухаресте в 1971 г. цифровая система обозначения зубов с использованием квадрантов получила статус международного стандарта и впоследствии была принята Международной организацией по стандартизации и Всемирной организацией здравоохранения.

Несмотря на некоторые неточности в обозначении зубов, многочисленные публикации свидетельствуют об успешной идентификации личности по особенностям строения зубочелюстного аппарата.

Изучению этно-расовых характеристик зубов посвящены многочисленные исследования антропологов, которые доказали, что по таким критериям, как размеры и форма цен-

тральных резцов, размеры и степень прорезывания моляров, наличие дополнительных бугорков на нижних молярах, размеры коронок и длина корней можно идентифицировать представителей негроидной, европеоидной и монголоидной рас.

В литературе описаны четкие признаки межрасового различия в зубочелюстной системе. Так, частота лопатообразной формы первого верхнего резца у европеоидов встречается у 7,8 % популяции, негроидов – в 15 %, монголоидов – в 82,6 % случаев. Четырехбугорковые формы первого нижнего моляра наблюдаются: у европеоидов – в 12,6 %, негроидов – в 0,5 %, монголоидов – в 4,7 % случаев. Определенная зависимость наблюдается и при наличии бугорка Карабелли, который отмечается у европеоидов в 44,3 %, негроидов – в 9,9 %, монголоидов – в 22,5 % случаев. К группе селективно нейтральных признаков отнесены лопатообразные резцы, диастема, форма верхних вторых моляров и ряд других показателей.

Изучая параметры зубов, исследователи пришли к выводу о том, что малые размеры зубов могут быть обусловлены ослаблением нагрузок на жевательный аппарат, сокращением размеров альвеолярных отростков и нарушением гармонии челюстей и зубов или же быстрым распространением кариеса, которому в значительной степени подвержены крупные зубы сложного строения.

Некоторые авторы отмечают, что уменьшение и уплощение зубов происходит из-за ослабления отбора и накопления мутаций, но взаимное противопоставление этих двух вариантов не носит абсолютного характера. Зубная система содержит большой набор признаков, которые могут оказаться в фокусе отбора или быть свободными от него. Например, зуб мудрости медленно деградирует по мере накопления мутаций.

Ряд исследователей в последнее время наблюдают новую волну изменений в зубочелюстном аппарате, связывая это с изменением характера пищи. По нашему мнению, такое категоричное утверждение не совсем обоснованно и весьма спорно.

Характер пищи – это один из возможных факторов, но не единственный; быть может, имеют значение и другие факторы.

Вопросам установления пола по особенностям строения зубов также посвящен целый ряд работ. К одному из отличительных признаков половой деформации зубов относят их размеры. Установлено, что верхние резцы у мужчин на 0,1 мм шире, чем у женщин. Определенная закономерность выявлена и в ширине резцов и клыков: у женщин верхние резцы шире, чем клыки, тогда как у мужчин они одинаковые.

К диагностическим признакам часто относят наблюдаемое недоразвитие корней зубов мудрости у женщин. По очертанию коронки и по числу бугров установлен более высокий уровень редукции на женских молярах по сравнению с мужскими.

При определении пола по анатомо-морфологическим особенностям зубов предлагается использовать совокупность признаков, характеризующих редукционные процессы, то есть общие размеры зубов, редукция латерального резца, число бугров на молярах, краудинг (скупенность зубов) и спейсинг (тремы и диастемы), изменение прикуса, и назвать эту совокупность эволюционно-редукционным комплексом.

Однако в экспертной практике определение пола по отдельным зубам или фрагментам челюстей является трудной задачей. По данным ряда авторов, результаты, касающиеся половых различий в форме, размерах и уровне редукции передних зубов, статистически недостоверны.

В литературе прослеживается и другая точка зрения: у женщин коронки передних зубов в большинстве случаев имеют квадратную форму, в то время как у мужчин примерно с той же частотой встречается удлиненная форма. Лишь в 26 % случаев коронки передних зубов по форме невозможно отнести к какому-либо полу.

Отмечено, что у мужчин коронки резцов имеют чаще всего клиновидную форму, где основание клина – режущий край (65 %), реже – квадратную (прямоугольную) форму (20 %), еще реже – овальную (15 %). У женщин соотношения обратные:

квадратная форма – у 6,3 %, клиновидная – у 2,5 %, овальная – у 10,7 % в популяции. Таким образом, квадратная и клиновидная формы коронок передних зубов могут служить вероятным признаком пола, а овальные коронки передних зубов не дифференцированы в половом отношении.

Изучение резцов верхней челюсти у 20 мужчин и 28 женщин позволило выделить следующие типы коронок: 1) прямоугольную низкую; 2) прямоугольную высокую; 3) овальную равномерную; 4) овальную расширяющуюся; 5) клиновидную. Клиновидный тип коронки является наиболее характерным для мужчин, прямоугольный низкий – для женщин, овальный тип занимает по частоте промежуточное положение.

Данные литературы свидетельствуют, что определение пола по особенностям строения костей черепа и зубов можно проводить только у половозрелых субъектов, зубочелюстной аппарат которых уже сформирован.

Обнаружены четкие половые различия, особенно в размерах вторых моляров и в описательных признаках редукции вторых моляров. Четкий половой деформизм выявлялся лишь по степени редукции второго верхнего моляра, в меньшей степени – второго нижнего моляра.

По мнению некоторых авторов, половая деформация зубочелюстной системы – это сложное, определенное целым рядом прямых и косвенных факторов взаимоотношение, которое не всегда постоянно. Например, у мужчин размеры зубов в большей степени сопряжены с размерами тела, челюстей, с прогнатией и другими, не связанными с зубами факторами, чем у женщин. В то же время у женщин обнаруживается более тесная взаимосвязь органов зубочелюстной системы, поэтому у них чаще наблюдается комплексная, однородная редукция ряда признаков. В целом различия по полу в зубочелюстной системе современного человека выражены слабее, чем у древних людей, однако использование стоматологических данных для определения пола в ряде случаев позволяет достигнуть высокой степени точности.

На наш взгляд, определение пола по анатомо-морфологическим особенностям зубочелюстной системы надо проводить с учетом этно-расовой принадлежности индивидуума, так как для некоторых этно-расовых групп половой деморфизм по указанным особенностям отсутствует.

Для установления половой принадлежности человека по анатомо-морфологическим особенностям необходимо сначала установить этно-расовую принадлежность индивидуума.

Следующим важным вопросом при исследовании анатомо-морфологических особенностей зубов является установление возраста человека.

Изучение процесса прорезывания зубов позволило установить, что это явление сложное, многофакторное, детерминируемое как наследственными, так и следовыми факторами, в том числе и общими закономерностями созревания организма, в частности акселерацией развития. Сроки изменения прорезывания зубов обусловлены физическим развитием детей и подростков, а так называемый зубной возраст служит важным критерием развития организма.

Были установлены разные сроки прорезывания зубов в зависимости от условий жизни ребенка, причем низкий жизненный уровень не всегда определял задержку развития. Например, ранее редко встречаемый вариант прорезывания центрального резца раньше первого моляра отмечается в последние годы в 50 % случаев.

При определении пола по зубам рекомендуется учитывать и некоторые другие показатели: например, у женщин верхние средние резцы шире, чем клыки, тогда как у мужчин ширина этих зубов одинаковая.

Ценным диагностическим признаком для определения половой принадлежности считается недоразвитие корней зубов мудрости у женщин, проявляющееся в открытой верхушке корня, широком канале и истончении стенок корня, которые на зубах мудрости встречаются лишь в 4 % случаев, тогда как у женщин частота этого явления составляет 75–80 %.

Зубы человека в течение жизни претерпевают четко выраженные макро- и микроскопические функциональные изменения.

Некоторые авторы, изучая зубы на продольных шлифах, отмечали изменения в пародонте и отложении вторичного дентина, в просвечивании тканей корня и окрашивании тканей зуба, которые могли быть использованы для определения возраста индивидуума в пределах от 1 до 16 лет.

Эти изменения можно использовать в идентификационных целях. Оценки указанных изменений были объективированы путем составления различных таблиц для определения возраста по физиологической стираемости зубов. Однако точное определение возраста по указанным параметрам возможно в период от 2,5 до 8,5 лет. Несмотря на это, оценочные таблицы по бальной системе нашли широкое применение при определении возраста в процессе судебно-медицинской идентификации личности. Для этой цели изучались продольные шлифы эмали и дентина.

Цвет коронок симметричных зубов (лишенного пульпы и интактного) оценивался по трехбальной шкале: 0 баллов – исходный цвет, 1 балл – незначительное изменение, 2 балла – значительное изменение интенсивности цвета. Изменение цвета эмали депульпированных зубов определяли в зависимости от времени удаления пульпы (от 1 суток до 17 лет) в четырех группах пациентов с разными сроками депульпирования: 1–7 суток, 1–2 месяца, 1–5 лет и 6–10 лет и более.

Аномалии цвета могут быть связаны с нарушениями развития и минерализации зуба, в число которых входят гипоплазия, тетрациклиновые зубы, флюороз, несовершенный анamelогенез и дентиногенез, мраморная болезнь и результат эндодонтического лечения.

Наличие трещин в твердых тканях зубов определяли после высушивания и витального окрашивания эмали 2 % раствором метиленовой синьки. Трещины твердых тканей зуба разделили на три типа: 1 тип – очень тонкие, заметные после высушивания, витального окрашивания и внутривитального освещения; 2 тип – трещины, выявляющиеся после высушивания

и внутриротового освещения; 3 тип – глубокие трещины эмали и дентина, видимые невооруженным глазом при обычном освещении.

Большое количество работ как судебных медиков, так и антропологов посвящено установлению возраста по уровню стертости зубов. Как известно, стираемость зубов – это физиологический процесс, который происходит в результате постоянного контакта между самими зубами, между зубами и пищей во время жевания, при этом протекает он относительно медленно и равномерно благодаря механической прочности эмали и дентина.

Физиологическая стираемость твердых тканей зубов наблюдается у всех людей, она бывает как горизонтальной, так и вертикальной. Горизонтальная физиологическая стираемость наблюдается в течение всей жизни в виде стирания режущих краев и жевательных поверхностей зубов, в результате чего анатомический рельеф режущего края и бугров жевательной поверхности сглаживается. Вертикальная стираемость возникает под воздействием трения зубов друг о друга за счет физиологической подвижности при жевании. Со временем контактные пункты превращаются в контактные площадки, за счет чего длина зубного ряда может уменьшаться. Интенсивность стирания зубов зависит от характера пищи, употребляемой человеком.

При оценке стертости режущего края и жевательных поверхностей зубов предложено использовать пятибалльную систему, помогающую определить возраст с учетом характера прикуса. Согласно этой таблице:

**1 баллом** оцениваются

- признаки начавшегося стирания эмали на всех зубах;
- проявления сглаживания зубцов режущих краев, на вершинах бугра клыков и бугорках премоляров и моляров;
- наличие небольших уплощенных поверхностных участков, не отличающихся по цвету от окружающей эмали;

**2 баллами** оцениваются

– продолжающийся процесс стирания эмали, приводящий к обнажению на режущих краях резцов узких полосок дентина светло-желтого цвета;

– образование дентина в виде точек, участков округлой формы коричневого цвета на вершинах бугра клыков и бугорках премоляров и моляров;

**3 баллами** оцениваются

– обнажение дентина на выступающих и уже лишенных эмали частях коронок всех зубов в виде больших участков продольной и округлой формы, коричневого цвета;

– сохранение эмали только в углублениях, бороздках и ямках моляров;

**4 баллами** оцениваются

– обнаружение полости зуба, в основном на фронтальных зубах;

– полное отсутствие эмали на режущих краях резцов, бугре клыков, на жевательных поверхностях премоляров и моляров;

– наличие обнаженных поверхностей дентина, которые уплощены и стертые, имеют желто-коричневый цвет;

– отложение вторичного дентина со стороны полости зуба.

**5 баллами** оцениваются

– полное стирание сечения коронки, высота которой уменьшена наполовину;

– наличие стертых площадок дентина с гладкой, блестящей поверхностью, а иногда – с зазубринами и острыми краями.

Патологическая стираемость характеризуется быстрым течением и значительной потерей твердых тканей зуба. Различают три степени патологической стираемости, которая сначала представляет собой образование фасеток стирания эмали, а затем процесс распространяется вплоть до полости зуба.

Однако возрастным изменениям подвержены не только жевательные поверхности зубов, но и сам зуб. Доказано, что с возрастом увеличивается толщина стенок зуба за счет уменьшения объема полости зуба, увеличивается отложение

дентина, в связи с чем этот пигмент приобретает более темную окраску.

Для идентификации личности по стоматологическому статусу очень важно знать аномалии зубных рядов и зубов человека, так как они занимают одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой системы.

По данным разных авторов, на территории нашей страны отмечается большая вариабельность зубочелюстных аномалий, которая колеблется в пределах 11–90 %, что во многом зависит от методического уровня исследований, профессиональной подготовки врачей и ошибок репрезентативности.

Отмеченные за последние годы недостатки в организации санаций у детей с временным прикусом приводят к осложнениям в формировании сменного, а затем постоянного прикуса, что в конечном счете приводит к росту числа аномалий зубочелюстной системы.

Аномалия – врожденное стойкое, обычно не прогрессирующее отклонение нормальной структуры и функции, присущей данному биологическому виду.

Изучение распространенности зубочелюстных аномалий и их отдельных нозологических форм, занимающих одно из ведущих мест в структуре стоматологической заболеваемости, представляет большой научный и практический интерес.

Внимание к этой проблеме может ускорить разработку организационных принципов диагностики зубочелюстных аномалий и определение экспертных критериев для судебно-медицинской идентификации личности.

Известно, что высокая распространенность аномалий зубочелюстной системы связана с трудностями их своевременной диагностики и лечения. По данным статистического анализа эпидемиологических исследований, зубочелюстные аномалии в странах СНГ выявлены у 33,7 % обследуемых, в столицах стран СНГ и крупных промышленных городах – у 37 %.

Регулярно проводимые исследования показывают отсутствие тенденции к снижению частоты зубочелюстных аномалий.

Это означает, что по-прежнему существуют устойчивые механизмы формирования данной патологии, которые удерживают ее распространенность на стабильно высоком уровне.

В связи с наличием большого разнообразия аномалий ученые предложили всевозможные классификации, позволяющие упорядочить и систематизировать различные виды зубочелюстных отклонений. В настоящее время существует огромное количество таких классификаций.

На наш взгляд, наиболее четкой и полной классификацией зубочелюстных аномалий, которую можно использовать не только в стоматологии, но и в судебной медицине, является классификация кафедры ортодонтии и детского протезирования Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (1990).

Согласно этой классификации, к *аномалиям зубных рядов* относятся:

1. Нарушение формы.
2. Нарушение размера.
  - 2.1. В трансверзальном направлении (сужение, расширение).
  - 2.2. В сагиттальном направлении (сужение, расширение).
3. Нарушение последовательности расположения зубов.
4. Нарушение симметричности положения зубов.
5. Нарушение контактов между зубами (скученность или редкое положение).

К числу *аномалий зубов* относятся:

1. Нарушение формы зубов.
2. Нарушение структуры твердых тканей.
3. Нарушение цвета зубов.
4. Нарушение размеров зубов.
5. Нарушение количества зубов.
6. Нарушение сроков прорезывания и развития зубов.
7. Нарушение положения зубов.

Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10 ВОЗ (1997) выделяет следующие группы нарушений развития и прорезывания зубов:

1. Адентия и сверхкомплектные зубы.
2. Аномалии размеров и формы зубов (исключена бугорковая аномалия Карабелли).
3. Крапчатые зубы (флюорозные и нефлюорозные помутнения эмали).
4. Нарушения формирования зубов (гипоплазия).
5. Наследственные нарушения структуры зуба, не классифицируемые в других рубриках (незавершенный амело-, дентиногенез).
6. Нарушения прорезывания зубов (раннее и позднее прорезывание).
7. Синдром прорезывания зубов.
8. Другие нарушения развития зубов (изменение цвета вследствие несовместимости групп крови, врожденного порока билиарной системы, порфирии, применения тетрациклина).
9. Нарушение развития зубов неуточненное.
10. Ретенированные и импактные зубы.

Аномалии положения зубов по данной классификации входят в раздел челюстно-лицевых аномалий и включают: скученность, смещение, поворот, нарушения межзубных промежутков, транспозицию и ретенированные или импактные зубы с нормальным положением их или соседних зубов.

В связи с большой распространенностью аномалий зубов и зубных рядов у жителей различных регионов РФ и возможностью их использования для идентификации личности в судебно-медицинской практике мы сочли целесообразным кратко остановиться на отдельных их видах.

Неправильную форму может иметь коронка, корень или зуб в целом. Аномалии формы коронковой части зуба довольно разнообразны. К ним относятся кубовидная, коническая, шиловидная, двойная, а также сращение нескольких зубов, изменение числа бугров у премоляров и моляров.

По мнению ряда авторов, аномалии формы зуба имеют генетическую природу.

Аномалии корневой части зуба диагностируются при рентгенологическом исследовании и выражаются в их искривлении, перекручивании, уменьшении или увеличении длины и ширины, раздвоении (у однокорневых) и срастании (у многокорневых) корней зубов. Эти аномалии обусловлены аберрациями половых хромосом.

К аномалии зубов относятся макроденция и микроденция – увеличение и, соответственно, уменьшение размеров зубов по сравнению со среднестатистическими показателями.

Различают индивидуальную макро- и микроденцию с учетом формы лица, а также абсолютную макроденцию, при которой сумма ширины мезио-дистальных размеров верхних 4 резцов составляет 35 мм и больше.

Макроденция чаще всего встречается у верхних резцов. На основании изучения 190 диагностических моделей челюстей пациентов в возрасте от 9 до 15 лет было установлено, что в 42 случаях наблюдалась индивидуальная и абсолютная макроденция (22,1 %). Необходимо подчеркнуть, что одной из ведущих причин указанной аномалии является генетическая обусловленность.

Уменьшение числа зубов и их зачатков по сравнению с возрастной нормой принято называть первичной адентией, которая может быть частичной или полной.

Следует выделить гиподентию (отсутствие менее 6 зубов), олигодентию (отсутствие более 6 зубов) и аподентию (полное отсутствие зубов).

Адентия чаще всего встречается на верхней челюсти: как правило, отсутствуют боковые резцы, премоляры и третьи моляры. Адентия чаще всего носит наследственный характер и наблюдается у родственников женского пола по материнской линии.

Ретенированными называются зубы, которые не прорезались, задержались в челюсти в течение 2 лет и более относительно среднего возрастного периода их прорезывания с учетом пола.

Обращаемость больных с ретенцией отдельных зубов за стоматологической помощью составляет от 3,1 до 17,4 %.

В постоянном прикусе преобладают нарушения прорезывания и положения клыков, нижних и верхних зубов мудрости. Ретенция и дистопия верхних клыков встречается в 25–35 % случаев, нарушение прорезывания нижних зубов мудрости может достигать 30–75 %.

Объективно установить ретенцию можно лишь на основании рентгенологического обследования альвеолярного отростка и челюстей. Из рентгенологических исследований ортопантомография является наиболее информативным методом.

Положение зуба, несоответствующее оптимальному местоположению его в зубном ряду, диагностируется как аномалия положения.

По данным многих авторов, аномальное положение отдельных зубов встречается наиболее часто по сравнению с другими аномалиями.

Различают вестибулярное, оральное, дистальное, мезиальное, супра- и инфраположение, тортоаномалию и транспозицию.

Общеизвестно, что оптические свойства зуба характеризуются определенными оттенками цвета, блеском и прозрачностью эмали. В норме зубы бывают желтые, желтовато-белые и голубовато-белые.

Аномалии цвета, связанные с нарушением развития и минерализации зуба, включают в себя гипоплазию (меловидные пятна с гладкой блестящей поверхностью), тетрациклиновые зубы (желтая или коричнево-желтая лента, опоясывающая зуб, с наиболее темным пятном в пришеечной области), флюороз (фарфороподобные или меловидные пятна, полоски), изменения цвета зубов, связанные с наследственными заболеваниями (несовершенный анamelогенез и дентиногенез, мраморная болезнь).

Вышеизложенные сведения об аномалиях развития зубов, по нашему мнению, имеют весьма важное значение для судеб-

ной медицины. Использование этой информации во многом облегчает процесс судебно-медицинской идентификации личности. Тем более что, как считают многие авторы, аномалии имеют высокую степень генетической обусловленности.

В последние годы при идентификации личности наряду с зубами начали исследовать органы и ткани полости рта (твердое нёбо и язык), обладающие повышенной стойкостью к воздействию разнообразных экзогенных и эндогенных факторов.

Современные анатомические данные о строении твердого нёба позволяют выделить элементы, которые могут быть использованы для судебно-стоматологической идентификации личности: срединный (нёбный) шов, резцовый сосочек, складки слизистой оболочки твердого нёба, идущие перпендикулярно срединному шву в определенной последовательности на различных уровнях справа и слева.

Сотрудники кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ в 1990–2000 гг. провели исследование особенностей строения рельефа твердого нёба.

Первая работа по изучению индивидуальных особенностей элементов рельефа слизистой оболочки твердого нёба с применением методов статистической обработки и математического анализа была выполнена в 1979 г. на кафедре судебной медицины ММСИ им. Н.А. Семашко (ныне МГМСУ). Были изучены особенности рельефа слизистой оболочки твердого нёба у 1 400 живых лиц в возрасте от 17 до 70 лет, и на основе полученных данных предложена расширенная классификация элементов рельефа слизистой оболочки твердого нёба.

В ходе исследования среди возвышенности складчатой зоны, кроме двух основных элементов (резцового сосочка и нёбного шва), обнаружили еще и черточка, точка, запятая, смешанная линия, боковой вал, борозда и бугорок. Исходя из этой классификации, была предложена формула рельефа слизистой оболочки твердого нёба, которая отражала наличие, отсутствие или степень выраженности элементов в каждом

конкретном случае, но формула не учитывала топографо-анатомические особенности расположения элементов.

Были изучены особенности рельефа слизистой оболочки твердого нёба у 300 живых лиц в возрасте от 18 до 30 лет, а также у 100 трупов от 30 до 70 лет, находившихся в различных стадиях гнилостной трансформации.

При исследовании слизистой оболочки твердого нёба путем снятия слепков с использованием стандартных альгинатных масс с последующей отливкой гипсовой модели было установлено, что основными элементами твердого нёба являются резцовый сосочек, срединный шов и боковые складки, идущие перпендикулярно срединному шву в определенной последовательности.

Статистический анализ определения вероятности совпадения особенностей строения слизистой оболочки твердого нёба по всем параметрам, с применением формулы биномиального разложения эмпирических распределений, свидетельствовал о вероятности такого совпадения у двух разных человек в популяции из  $6 \cdot 10^7$  человек в два раза меньше. Это означает, что рельеф слизистой оболочки твердого нёба у каждого человека строго индивидуален и его можно использовать как один из критериев при идентификации личности по стоматологическому статусу.

Вместе с тем антропологические аспекты этой проблемы в части этно-расовых и половых различий изучены недостаточно и, по всей видимости, назрела необходимость углубленного подхода к формулировке задач исследования, выбору критериев разработки и оценки данных, к технике сбора материала и поиску путей повышения достоверности и практической ценности результатов.

В 1993 г., впервые в судебной медицине, для выявления индивидуальных особенностей слизистой оболочки полости рта на кафедре судебной медицины и медицинского права МГМСУ изучили слизистую оболочку дорсальной поверхности языка. Исследовали характер и локализацию индивидуальных особен-

ностей желобовидных, грибовидных, листовидных сосочков, затем данные занесли в специально разработанную схему.

Дальнейшие исследования позволили выработать четкие критерии экспертного установления половой, возрастной и индивидуальной принадлежности слизистой оболочки языка путем применения видеокамеры для съемки микрообъектов полости рта с последующей компьютерной обработкой полученных результатов.

Продолжая исследования в указанном направлении, ученые установили, что особенности топографо-анатомических структур слизистой оболочки дорсальной поверхности языка дают реальную возможность установить не только пол и возраст человека, но и его этно-расовую принадлежность.

При этом экспертные критерии диагностики указанных параметров сохраняют свою достоверность в сроки до 2 месяцев после наступления смерти.

Кроме того, проведенные исследования позволяют по анатомо-морфологическим особенностям слизистой оболочки языка установить наличие хронических заболеваний у человека (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и др.).

Таким образом, в настоящее время информация о стоматологическом статусе дает реальную возможность идентифицировать личность человека, даже при гнилостной трансформации, высыхании, обнаружении расчлененных частей трупа и т.д.

К сожалению, судебно-стоматологические методы не получили широкого применения в экспертной практике из-за отсутствия базы данных лиц, связанных с выполнением опасных и рискованных работ, недостаточно четкого ведения медицинской стоматологической документации и ряда других причин.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**И**мя Гилярия Ивановича Вильги прочно вошло в историю не только отечественной стоматологии, но и судебной медицины. Трудно переоценить значение работ ученого для становления и развития отечественной судебной стоматологии. Многие годы работа Г.И. Вильги «О зубах в судебно-медицинском отношении» была единственным руководством для судебных медиков и стоматологов, привлекаемых к экспертной практике.

Научная, преподавательская и организационная деятельность профессора Г.И. Вильги позволяет с полным правом утверждать, что он является основоположником судебной стоматологии в России.

Судебная стоматология, возникшая на основе судебной медицины и одонтологии, к концу XX столетия не только окрепла, набрала силу, но и стала востребованной. Благодаря новейшим исследованиям в стоматологии и судебной медицине судебная стоматология прочно вошла в современную криминалистическую практику.

Научные исследования, направленные на создание теоретических основ и практических методов судебной стоматологии, значительно расширяют возможности судебно-медицинской экспертизы, повышают ее доказательность и своевременность. Внедрение методов судебной стоматологии в экспертную практику обеспечивает высокое качество проводимых судебно-медицинских экспертиз, делая их научно обоснованными.

В настоящее время судебная стоматология представляет собой самостоятельный раздел судебной медицины, будущее которой не мыслится без широкого использования достижений современной стоматологии, ее значительного вклада в экспертную практику. В свою очередь развитие судебно-медицинской стоматологии привлечет врачей-специалистов, которые изберут судебную медицину как профессию, пополнив кадры судебно-медицинских экспертов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Авдеев М.И.* История советской судебной медицины // Проблемы государства и права (Институт государства и права АН СССР). – 1975. – № 10. – С. 211–219.
2. *Авдеев М.И.* Курс судебной медицины. – М. : Юриздат, 1959.
3. *Авдеев М.И.* Судебная медицина // БМЭ. – 1-е изд. – М., 1935. – Т. 32.
4. *Алехина Н.М.* К вопросу об образовании судебно-медицинской экспертизы в России // Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины. – М., 1998. – С. 41–43.
5. *Алехина Н.М.* Состояние и развитие судебно-медицинского дела в России в первой половине XX века : дис... канд. мед. наук. – М., 2002.
6. *Ардашкин А.П., Гимпельсон Е.А., Сергеев В.В.* Судебно-медицинская экспертиза Самарской области. – Самара, 2000.
7. *Баранцевич Е.М.* Судебно-врачебная экспертиза в России (Закон и практика) : судебно-врачебный и бытовой очерк. – М. : Изд. М.Г. Лианозов, 1898.
8. *Баринов Е.Х., Гуляев В.Г., Мальцев А.Е., Мельников В.С.* Александр Петрович Нелюбин – сын земли вятской. – Киров ; М., 2001.
9. *Баринов Е.Х., Мальцев А.Е., Исаченков П.В.* Заслуженный профессор Императорского московского университета Александр Осипович Армфельд. – М., 2007.
10. *Баринов Е.Х., Гридасов Е.В., Честнова Т.В., Гавриленко О.В.* История судебной медицины в биографических очерках. – Тула, 2007.
11. *Баринов Е.Х.* Заслуженный деятель науки РФ, профессор Гурген Амаякович Пашинян. – М., 2008.

12. *Блохина Н.Н.* Из истории создания «Устава судебной и административной медицины» в межведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под руководством акад. Г.Е. Рейна // Судебно-медицинская экспертиза. – 2002. – № 3. – С. 44–46.
13. *Блохина Н.Н., Баринов Е.Х.* Проект «Устава судебной и административной медицины» (1916), предложенный межведомственной комиссией по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под руководством академика Г.Е. Рейна // Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы. – Красноярск, 2006. – Вып. 4. – С. 21–23.
14. *Буяльский И.В., Громов С.А.* Руководство по вскрытию мертвых тел, особливо при судебных исследованиях // Военно-медицинский журнал. – 1824.
15. *Бураго Ю.И., Баринов Е.Х.* Исторические аспекты судебной гематологии в России до 1917 года. – М., 2007.
16. *Будко А.А., Шабунин А.В.* История медицины Санкт-Петербурга. – СПб. : Невский проспект, 2003.
17. *Верекундов С.П.* Министерство народного здравия. К истории вопроса. – СПб., 1899.
18. *Вильга Г.И.* О зубах в судебно-медицинском отношении. – М., 1903.
19. *Вислоцкий Ф.В.* О достоинстве судебно-медицинской экспертизы в уголовном судопроизводстве в применении преимущественно к русскому уставу Уголовного судопроизводства. Рассуждения д-ра Ф. Вислоцкого. – Варшава, 1872.
20. *Владимиров Л.Е.* О значении врачей-экспертов в уголовном судопроизводстве. – Харьков, 1870.
21. *Гамбург А.М.* Развитие судебно-медицинской науки и экспертизы. – Киев, 1962.
22. *Европин А.К.* Исторический очерк кафедры судебной медицины с токсикологиею при Императорской Воен-

- но-медицинской (бывшей Медико-хирургической) академии. 1798–1898 : дис. на степень доктора медицины. – СПб., 1898.
23. *Жаров В.В., Плавунев Н.Ф., Панов И.Е., Василевский В.К., Баринов Е.Х.* Из истории судебно-медицинской службы Москвы // Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины. – М., 1998. – С. 6–8.
24. *Загоскин Н.П.* Врачи и врачебное дело в старинной России. – Казань, 1861.
25. *Зброжек И.* Краткий исторический очерк судебной медицины. – Одесса, 1867.
26. *Змеев Л.Ф.* Чтение по врачебной истории России. – СПб., 1896.
27. *Игнатовский А.С.* Происхождение и состав судебной медицины // Медицина. – 1895. – № 38–42.
28. История и организация судебно-медицинской службы Санкт-Петербурга / под ред. В.В. Андреева, И.Д. Каткова. – СПб. : Роза мира, 1994.
29. *Ипполитов С.И.* Краткий очерк деятельности Медицинского Совета по судебно-медицинской части, 1804–1904 // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. – 1907. – Апрель.
30. *Ипполитов С.И.* Сборник законоположений о судебно-медицинских исследованиях. – СПб., 1910.
31. *Кантер Э.И.* К истории организации судебно-медицинской экспертизы в СССР // Материалы 5-го Украинского совещания судебно-медицинских экспертов и 4-й сессии Украинского научного общества судебных медиков и криминалистов. – Херсон, 1967. – С. 3–9.
32. *Косоротов Д.П.* По поводу последнего (1905 г.) издания «Устава Судебной Медицины» // Журнал Министерства Юстиции. – 1907. – Октябрь.

33. *Леонов И.Ф.* О развитии судебной медицины отечественной и отношение ее к русскому законодательству : записка и речь, читанные в торжественном собрании Императорского университета Св. Владимира. – Киев, 1845.
34. *Лесков Н.* Несколько слов о полицейских врачах в России // Современная медицина. – 1860. – № 39.
35. *Маркарян Е.А.* К вопросу об истории судебной медицины в Армении (с древних времен до наших дней) : дис. канд. мед. наук. – Ереван, 1959.
36. *Маркулис И.И.* Развитие судебно-медицинской службы в Литве (1795–1965) : дис. канд. мед. наук. – Каунас, 1967.
37. *Мельников В.С.* Судебно-медицинская служба Кировской области на рубеже веков : состояние, проблемы, перспективы. – Киров, 2001.
38. *Мирский М.Б.* Очерки истории медицины в России XVI–XVIII вв. – Владикавказ, 1995.
39. *Мирский М.Б.* Медицина в России XVI–XIX веков. – М. : РОССПЭН, 1996.
40. *Моисеев А.И.* Медицинский совет Министерства Внутренних дел : краткий исторический очерк. – СПб., 1913.
41. *Нелюбин А.П.* Правила для руководства судебного врача при исследовании отравлений. – СПб., 1824.
42. *Неклюдов Ю.А.* Выдающиеся судебные медики Российской империи, СССР и Российской Федерации (XIX–XX вв.). – Саратов, 2006.
43. *Нестеров В.П.* Судебный устав 20 ноября 1864 г. Со всеми узаконениями и распоряжениями правительства и кассационными решениями департаментов Правительствующего сената. – М., 1878.
44. *Новомбергский Н.Я.* Врачебная экспертиза в Московский Руси // Военно-медицинский журнал. – 1906. – Т. 215. – С. 1–5.

45. *Новомбергский Н.Я.* Врачебное строение в допетровской Руси. – Томск, 1907.
46. *Новомбергский Н.Я.* Материалы по истории медицины в России. – Т. 1. – СПб., 1905.
47. *Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Беляева Е.В., Ромодановский П.О.* Кафедра судебной медицины Московского медицинского стоматологического института. – М. : Робин, 1998.
48. *Пашинян Г.А., Баринов Е.Х.* Освидетельствование живых лиц в Москве в XVI–XVII веках // Медико-криминалистические исследования в экспертной практике. – Киров, 1998. – С. 19–23.
49. *Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Фадеев С.П., Ромодановский П.О.* Очерки истории судебной медицины в России. – М. : Робин, 1999.
50. *Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Алексанова М.Н.* Из истории развития судебно-медицинской стоматологии // Судебно-медицинская служба на рубеже веков. – Киров, 2001. – С. 54–60.
51. *Пашинян Г.А., Харин Г.Н., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Тучик Е.С.* Краткий исторический очерк развития судебной стоматологии // Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования. – М., 2001. – С. 3–9.
52. *Пашинян Г.А., Баринов Е.Х.* Мин Д.Е. – один из основоположников Московской школы судебных медиков (к 180-летию со дня рождения) // Судебно-медицинская экспертиза. – 2001. – № 1. – С. 38–39.
53. *Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О.* Роль И.В. Буяльского в развитии судебной медицины в России // Проблемы экспертизы в медицине. – 2001. – № 3. – С. 39–42.
54. *Пашинян Г.А., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О.* Судебно-медицинская служба в России в первой половине

XIX века // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Новосибирск, 1999. – Вып. 4. – С. 189–191.

55. Пашков К.А. Зубоврачевание и стоматология в России IX–XX вв. (основные направления развития). – М. : МГМСУ, 2008.

56. Пашков К.А., Ромодановский П.О., Пашиных Г.А., Баринев Е.Х., Белолапоткова А.В., Борисенко К.А. Судебная стоматология : страницы истории. – М. : Эслан, 2009.

57. Пиголкин Ю.И., Алехина Н.М., Баринев Е.Х. Из истории развития судебно-медицинской экспертизы в России // Судебно-медицинская экспертная деятельность : проблемы и перспективы. – Киров, 2002. – С. 66–85.

58. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Маслов А.В., Живодеров Н.Н., Сидоров Ю.С., Алехина Н.М., Романько Н.А., Черкалина Е.Н. Очерк истории кафедры судебной медицины Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова // Актуальные проблемы судебной медицины. – М., 2003. – С. 13–18.

59. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Маслов А.В. Значение истории медицинской науки для воспитания морально-нравственного облика молодого специалиста // Материалы II съезда конфедерации историков медицины. – М., 2003. – С. 181–183.

60. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Морозов Ю.Е., Нагорнов М.Н., Романько Н.А. Историческое значение Устава судебной медицины // Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности». – М., 2003. – С. 137–141.

61. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Богомолова И.Н. На пользу отечества. – Киров ; М., 2003.

62. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Маслов А.В. Вклад С.Ф. Гаевского в развитие и организацию судебно-медицинской службы России // Медицинская профессура Российской империи в XVIII – первой половине XIX в. – М., 2003. – С. 85–87.

63. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Исаченков П.В. Профессор И.И. Нейдинг (1838–1904) – выдающийся деятель отечественной судебной медицины // Медицинская профессура Российской империи. – М., 2005. – С. 129–130.

64. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Исаченков П.В. Громов С.А. – основоположник отечественной судебной медицины (к 230-летию со дня рождения) // Судебно-медицинская экспертиза. – 2005. – № 1. – С. 44–46.

65. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Исаченков П.В., Романько Н.А. Профессор Московского университета Иван Иванович Нейдинг (к 100-летию со дня смерти) // Судебно-медицинская экспертиза. – 2006. – № 1. – С. 41–44.

66. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Исаченков П.В. Профессор Императорского Московского университета А.О. Армфельд – видный деятель отечественной судебной медицины (к 200-летию со дня рождения) // Судебно-медицинская экспертиза. – 2006. – № 3. – С. 36–37.

67. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х. Исторические связи судебных медиков Москвы и стран Европы // Судебно-медицинская экспертиза. – 2007. – № 1. – С. 43–44.

68. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Живодеров Н.Н., Романько Н.А. Вклад П.А. Минакова в теорию и практику изготовления и сохранения музейных анатомических экспонатов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2007. – № 4. – С. 46–47.

69. Пиголкин Ю.И., Баринев Е.Х., Гридасов Е.В. Профессора судебной медицины Московского Императорского университета, 1 ММИ, 1 МОЛМИ, Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. – Тула, 2008.

70. Попов В.Л. Теоретические основы судебной медицины. – СПб., 2000.

71. Покровский М.М. Судебно-медицинская экспертиза при гласном судопроизводстве. – М., 1877.

72. Полное собрание законов Российской империи : собрание первое. – СПб., 1830. – Т. 24. – № 17743.
73. Полное собрание законов Российской империи : собрание первое. – СПб., 1830. – Т. 24.
74. Полное собрание законов Российской империи : собрание второе. – СПб., 1830–1884. – Т. 11. – № 9317.
75. Полное собрание законов Российской империи : собрание второе. – СПб., 1830. – Т. 3. – № 2531.
76. Полное собрание законов Российской империи : собрание второе. – СПб., 1830–1884. – Т. 31. – № 24298.
77. Полное собрание законов Российской империи : собрание второе. – СПб., 1830–1884. – Т. 32. – № 25037.
78. *Прозоровский В.И.* Развитие судебно-медицинской экспертизы в СССР // Судебно-медицинская экспертиза. – 1958. – № 1. – С. 4.
79. *Прозоровский В.И., Панфиленко О.А.* Развитие судебно-медицинской науки и экспертизы за годы советской власти // Судебно-медицинская экспертиза. – 1967. – № 3. – С. 3–10.
80. *Райский М.И.* К истории судебной медицины в России // Тезисы к докладу на 3-м Украинском совещании судебно-медицинских экспертов и 2-й сессии Украинского научного общества судебных медиков и криминалистов в г. Одессе 6–11 июля 1953 г. – Киев, 1953. – С. 9–10.
81. *Райский М.И.* Судебная медицина для студентов и врачей. – М., 1953.
82. Решение Общего Собрания 1-го и Кассационного департаментов Правительствующего Сената № 17 от 1886 г. // Ипполитов С.И. Сборник законоположений о судебно-медицинских исследованиях. – СПб., 1910.
83. Решение Общего Собрания 1-го и Кассационного Департаментов Правительствующего Сената № 311

- от 14 марта 1880 г. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи / под ред. Л.Ф. Рагозина. – СПб., 1895. – Вып. 1.
84. Решение Уголовного Кассационного Департамента Правительствующего Сената № 671 от 1871 г. // Систематический свод решений Кассационных Департаментов Сената 1886–1871 гг. – СПб., 1872.
85. *Рихтер В.М.* История медицины в России. – М., 1814. – Т.1. – С. 276–319.
86. *Рихтер В.М.* История медицины в России. – М., 1817.
87. *Рихтер В.М.* История медицины в России. – М. – 1820, ч. III.
88. *Рожановский В.А.* Судебно-медицинская экспертиза в дореволюционной России и в СССР // Судебно-медицинская экспертиза. – 1927. – № 6. – С. 5–105.
89. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи / под ред. Л.Ф. Рагозина. – СПб., 1895. – С. 390.
90. *Самойлов В.О.* История российской медицины. – М. : Эпидавр, 1997.
91. С любовью к труду и науке : история систематического преподавания судебной медицины в России / под ред. Ю.И. Пиголкина и др. – М., 2004.
92. *Солохин А.А., Солохин Ю.А.* Судебно-медицинская наука в России и СССР в XIX и XX столетиях. – М., 1998.
93. *Спиридонов В.А.* Судебная медицина в Казанской губернии. – Казань, 2005.
94. *Спиридонов В.А.* Становление и развитие судебной медицины в Казанской губернии и Республике Татарстан : дис. докт. мед. наук. – М., 2007.

95. *Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н.* Медицинский факультет Московского университета в XVIII веке. – М. : Медицина, 2000.
96. *Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н.* Медицинский факультет Московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века. – М. : Медицина, 2001.
97. Судебная медицина Сибири и Дальнего Востока : страницы истории. – Новосибирск, 1998. – С. 19.
98. *Троянский Г.Н.* Краткие биографические данные и научные направления исследований отечественных ученых в области зубопротезирования и стоматологии. – М. : Вече, 2004.
99. Труды II съезда Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова в Москве. – М., 1887. – Т. II.
100. *Укке С.Ю.* Несколько слов о врачебном отделении губернского правления. – Медицинский вестник. – 1867. – № 4–6.
101. Устав судебной медицины // Свод законов Российской империи, повелением Государя Императора Николая Павловича составленный. – СПб., 1857. – Т. 13. Уставы о народном продовольствии, общественном призрении, и врачебные.
102. Устав судебной медицины // Свод законов Российской империи, повелением Государя Императора Николая Павловича составленный. – СПб., 1892. – Т. 13.
103. Устав судебной медицины // Свод законов Российской империи, повелением Государя Императора Николая Павловича составленный. – СПб., 1905. – Т. 13.
104. *Чацкин И.* Несколько замечаний об истории судебной медицины в России // Шауэнштейн А. Руководство к изучению судебной медицины для врачей и юристов / пер. с нем. И. Чацкина. – М. : Изд. А. Униковский, 1865. – С. 1–30.
105. *Черваков В.Ф.* История судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы – М., 1956.
106. *Черваков В.Ф., Матова Е.Е., Шершавкин С.В.* 150 лет кафедры судебной медицины Первого Московского ордена Ленина медицинского института (1804–1954). – М., 1955. – С. 20.
107. *Чистович Я.А.* История первых медицинских школ в России. – СПб. : Тип. Я. Третья, 1883.
108. *Чистович Я.А.* Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия. – СПб., 1870.
109. *Чистович Я.А.* Учреждение акушерских школ для повивальных бобок в России // Протоколы заседаний общества русских врачей в Санкт-Петербурге за 1860–1861 гг. – СПб., 1861.
110. *Шапошникова С.Н.* Краткий курс лекций по истории отечественной медицины и культурологии. – Астрахань, 2001.
111. *Шершавкин С.В.* История отечественной судебно-медицинской службы. – М., 1968.
112. *Шершавкин С.В.* История русской судебно-медицинской службы (XVII–XIX века) : дис. докт. мед. наук. – М., 1954. – Т. 1–2.
113. *Шершавкин С.В.* Материалы к истории кафедры судебной медицины Московского Университета в XVIII и XIX столетиях : дис. канд. мед. наук. – М., 1948.
114. *Яровинский М.Я.* Здравоохранение Москвы. – М. : Медицина, 1988.
115. *Яровинский М.Я.* Века Москвы медицинской. – М. : Медицина, 1997.

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
*и.м. А.И. Евдокимова*

Пашков Константин Анатольевич, Баринев Евгений Христофорович,  
Борисенко Константин Анатольевич, Белолапоткова Аля Васильевна,  
Ромодановский Павел Олегович

Г.И. ВИЛЬГА – ОСНОВОПОЛОЖНИК  
СУДЕБНОЙ СТОМАТОЛОГИИ В РОССИИ

Монография

Редакторы *Н.А. Федорова, А.В. Тополянский*  
Компьютерная верстка *Г.В. Кубарев*  
Корректор *Н.А. Чистова*

Подписано в печать 22.04.2019.

Формат 162x230 мм.

Гарнитура «Palladium», «SonetSerif».

Печать офсетная. Бумага офсетная. 29,67 усл. печ. л.

Тираж 1000 экз. Заказ № 0208-1

Подготовлено в ООО «Печатный дом «Магистраль»

Москва, Очаковское шоссе, д. 32

ISBN 978-5-9500687-4-4



9 785950 068744