

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОСТРОЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА

д.м.н., проф. В.А. Клевно, к.м.н. С.А. Кучук, к.м.н. О.В. Лысенко, В.Е. Челан

Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области (нач. — д.м.н., проф. В.А. Клевно), Москва

Аннотация: Статья посвящена методическим основам построения судебно-медицинского диагноза.

Ключевые слова: судебно-медицинский диагноз

FORENSIC DIAGNOSIS IN EXPERT PRACTICE

V.A. Klevno, S.A. Kuchuk, O.V. Lysenko, V.E. Chelan

Abstract: The article is devoted to methodological basics of forensic medical diagnosis.

Keywords: forensic diagnosis

Правила построения и структура судебно-медицинского диагноза (далее — СМД), также как клинического и патологоанатомического диагнозов основаны на *общих принципах медицинской информатики* и требованиях МКБ–10 (О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, 2011; В.А. Клевно, С.А. Кучук, О.В. Лысенко и др., 2015).

Основные правила построения и структура СМД:

1. СМД должен состоять из трех рубрик:

1.1. *Основное заболевание* (повреждение);

1.2. *Осложнение основного заболевания* (повреждения);

1.3. *Сопутствующие заболевания* (повреждения, состояния).

2. При построении СМД рубрики начинаются с указания их названия.

3. СМД должен быть нозологичным.

Нозологическая единица включает в себя совокупность клинических и/или морфологических проявлений, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, которые позволяют определить заболевание (повреждение) и отнести его к определенному типу патологии, объединенную одной этиологией и патогенезом.

В рубриках СМД должны быть указаны нозологические единицы, которые имеются в отечественных классификациях. В судебно-медицинской практике эквивалентом основного заболевания нередко является травма, отравление и т.д.

4. В основе построения СМД должен лежать этиопатогенетический принцип, требующий обязательного указания на происхождение патологического процесса.

Выявленные патоморфологические изменения в органах и тканях в СМД должны быть перечислены в патогенетической последовательности, отражающей причинно-следственные связи между этими изменениями и их хронологическую последовательность.

Основой СМД является морфологический субстрат (перечень патоморфологических изменений). В СМД должны фигурировать не только морфологические проявления заболевания, травмы или другого патологического состояния, но и клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований (В.А. Клевно, С.А. Кучук, О.В. Веселкина и др., 2014; В.А. Клевно, С.А. Кучук, В.В. Гайдичук, 2014).

Такие понятия как «острая» или «хроническая сердечная недостаточность», «интоксикация», «дыхательная, печеночная или почечная недостаточность» отражают функциональную характеристику органа или системы, являются клиническими понятиями. В СМД они отражаются в виде их морфологических эквива-

лентов. Широко используемые в клинической практике понятия «кома» и «шок» могут быть внесены в СМД только при их наличии (подтверждении) в медицинских документах, с обязательной ссылкой — «по клиническим данным».

Недопустимо включение в СМД немедицинских терминов, которые неспособны отразить состояние здоровья, например, «бампер-перелом», «отпечатки протектора», «следы скольжения» и т.п. (А.А. Солохин, В.А. Свешников, Е.Ю. Дедюева и др., 1986).

Такие термины, как «автомобильная травма», «падение с большой высоты» и др. в большей степени указывают на условия возникновения травмы, отражают совокупность повреждений в определенных условиях, но никак не характеризуют морфологические проявления травмы.

В то же время существует целый ряд обобщающих понятий, однозначно указывающих на сущность травмирующего воздействия и имеющих четкую морфологическую специфику («тупая травма», «огнестрельное ранение», «колото-резаное ранение» и т.п.). Подобные понятия (с приведением после них конкретных морфологических проявлений) вполне уместны в СМД (В.Л. Попов, 2013).

В судебно-медицинской экспертной практике рубрики *осложнение* и *сопутствующее заболевание* (повреждение, состояние) в ряде случаев могут отсутствовать, а *основное повреждение* может быть, как *основной*, так и *непосредственной причиной смерти*. Такими случаями являются несовместимые с жизнью травмы (например, огнестрельное ранение головы с повреждением стволовой части мозга), действия некоторых физических факторов (например, поражение техническим электричеством, общее переохлаждение организма), все виды механической асфиксии, а также некоторые другие случаи.

Под *основным повреждением* (заболеванием) (по МКБ–10 «первоначальная причина смерти») понимают *травму или болезнь, вызвавшую цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти*.

С точки зрения МКБ–10, основное заболевание — это нозологическая единица, которую используют для анализа заболеваемости и смертности.

Основное повреждение (заболевание) может само по себе привести к смерти. Это такие случаи, когда между причинением повреждения (началом заболевания) и наступлением смерти проходит очень короткий промежуток времени, например, огнестрельное ранение головы с массивным разрушением вещества головного мозга, утопление, острая коронарная недостаточность и т.п.

В других случаях основное повреждение через некоторый временной промежуток приводит к развитию осложнения, непосредственно приведшего к смерти. Например, резаное ранение шеи с повреждением наружной сонной артерии и наружной яремной вены, приведшее к обильной кровопотере. Или проникающее колото-резаное ранение живота с повреждением тощей кишки, приведшее к разлитому фибринозно-гнойному перитониту.

Судебно-медицинская экспертиза трупа предусматривает некоторые особенности построения СМД в рубрике *основное заболевание (повреждение)*.

При сочетании нескольких патологических состояний, каждое из которых могло самостоятельно явиться причиной смерти, врач — судебно-медицинский эксперт руководствуется следующими правилами:

- приоритет перед заболеванием имеют травма и острые отравления;
- приоритет перед хроническим заболеванием имеет острое заболевание;
- в остальных случаях необходимо устанавливать «комбинированное основное заболевание».

В случае наступления смерти человека от какого-либо повреждения, в СМД необходимо указать вид травмы. Например, колото-резаное ранение, механическая асфиксия от сдавления органов шеи руками и т.д.

Если множественные повреждения образовались от действия одного внешнего фактора (падение с высоты, транспортная травма, множественные огнестрельные ранения), все имеющиеся повреждения указывают в пункте *основного заболевания (повреждения)*.

Перечисление повреждений необходимо начинать с наиболее тяжелого и значимого в наступлении смерти. Когда не удастся установить наиболее тяжелое и значимое в наступлении смерти повреждение, их перечисление осуществляют по принципу принадлежности к определенной анатомической области тела, сверху вниз (голова, шея, грудь, живот, таз, конечности и т.д.).

Основное заболевание (повреждение)

Построение рубрики основного заболевания (повреждения) должно производиться по следующим принципам:

1. Формулировку рубрики начинают с ключевого слова — т.е. с указания той нозологической единицы, которая соответствует основному заболеванию (повреждению). Подмена нозологической единицы такими терминами как «перитонит, ТЭЛА и т.п.» недопустима, поскольку указанные состояния обычно являются осложнениями основного заболевания.

2. Недопустима подмена нозологической единицы родовыми понятиями: ЦВБ, ИБС, ХИБС, ХОБЛ и пр. Если все же они используются, то после их указания следует уточнение конкретной нозологической единицы, например, «ИБС: острый трансмуральный инфаркт миокарда...».

3. Нельзя использовать термины и понятия, которые отсутствуют в МКБ-10: коронаросклероз, коронарокардиосклероз, церебросклероз и т.д.

4. При оформлении рубрики необходимо максимально полно отражать все характеристики основной нозологической единицы:

- при травме — вид травмы, локализацию, характер (открытая, закрытая, сочетанная);
- при отравлениях указывают вещество и его концентрацию;

- при инфекционных болезнях — форма (острая, подострая, хроническая), этиология, локализация процесса;

- для новообразований — морфологический тип, локализацию первичного процесса, метастазы с указанием органов. Для лейкозов — форма (острая, подострая, хроническая);

- при заболеваниях системы кровообращения и других внутренних органов необходимо указывать течение болезни, локализацию, форму и т.д.

5. Не допускается внесение в качестве основного заболевания (повреждения) тех нозологических единиц, которые были у больного ранее, даже если они послужили причиной госпитализации, но не оказали влияния на наступление смерти больного.

В тех случаях, когда основное заболевание не имеет характерных морфологических проявлений, основное заболевание в СМД выставляют на основании данных истории болезни или клинических проявлений. К таким заболеваниям (повреждениям) относят отравления функциональными ядами, неустановленным веществом, психические расстройства, например, шизофрения, эпилепсия и некоторые др.

В рубрику *основного заболевания* для его подтверждения необходимо вносить результаты лабораторных методов исследования (судебно-гистологического, судебно-химического и др.), в том числе и результаты прижизненной диагностики по данным медицинских документов.

В рубрике *основного заболевания (повреждения)* после нозологической единицы указывают полное название операции, время и дату ее проведения, которая была проведена по поводу основного заболевания (повреждения). Словосочетание «состояние после операции» использовать в диагнозе не рекомендуется.

Если оперативное вмешательство произведено по поводу осложнения, то полное название операции, время и дату ее проведения указывают в рубрике «осложнение основного заболевания» непосредственно после указанного осложнения.

Комбинированные основные заболевания (повреждения)

При формулировании СМД наибольшие затруднения вызывают случаи с установлением нескольких нозологических единиц, а также случаи причинения повреждений различными физическими факторами (например, тупая травма тела и ожоги пламенем). Развивающиеся при этом патологические процессы, как правило, оказывают отягчающее воздействие на организм человека, поэтому их вносят в *основное заболевание (повреждение)*.

В этом случае врач — судебно-медицинский эксперт должен установить *комбинированное основное заболевание (повреждение)*. Число нозологических единиц в комбинированном основном заболевании (повреждении) должно быть сведено к минимуму (желательно к двум).

Комбинированное основное заболевание (повреждение) может состоять из *конкурирующих заболеваний (повреждений)*, *сочетанных заболеваний (повреждений)*, *основного и фонового заболевания (повреждения)*.

Конкурирующие основные заболевания (повреждения) — случаи, когда сочетаются нозологические единицы, примерно равноценные в развитии танатогенеза, и каждая из которых сама по себе могла привести к наступлению смерти.

Чаще всего врач — судебно-медицинский эксперт может определить, какую из обнаруженных патоло-

гий можно поставить на первое место в *основное заболевание (повреждение)*, а какую — на второе, так как от этого будет зависеть структура СМД, МСС и правильная его кодировка.

Например, у погибшего обнаружено: «колото-резаное ранение шеи с повреждением левой общей сонной артерии без полосчатых кровоизлияний под эндокардом левого желудочка сердца (пятен Минакова) и открытая черепно-мозговая травма с переломом костей свода и основания черепа, ушибом вещества головного мозга, его отеком, дислокацией и сдавлением. При этом наблюдались разлитые, интенсивные трупные пятна, полнокровие тканей и внутренних органов трупа, признаки наружного кровотечения».

В данном случае установление приоритета одного конкурирующего повреждения над другим возможно: колото-резаное ранение могло привести к смерти только от острой или обильной кровопотери, которая не успела развиться, поэтому основным повреждением должна быть указана открытая черепно-мозговая травма, так как обнаружены признаки развития смертельных осложнений этой травмы.

В отдельных случаях расстановка обнаруженных нозологических форм, послуживших *первоначальной причиной смерти*, в *основном заболевании (повреждении)* СМД по местам (первое или второе), не представляется возможным.

Например, у погибшего обнаружено: колото-резаное ранение шеи с повреждением левой общей сонной артерии, и закрытая тупая травма груди с повреждением легкого и гемотораксом объемом 1,5 литра с признаками обильной кровопотери.

На данном примере показано, что разграничить танатогенетическое значение каждого из перечисленных конкурирующих повреждений в развитии основной причины смерти невозможно.

Сочетанные основные заболевания (повреждения) — случаи, когда каждое из выявленных патологических состояний, не являясь смертельным, но, сочетаясь по времени и локализации, приводят к формированию нового патологического процесса, выражающегося, как правило, в общих осложнениях, явившихся непосредственной причиной смерти. На практике такие ситуации связаны с так называемым неблагоприятным «преморбидным фоном», а именно: исходами тяжелых травм, оперативных вмешательств, хроническими заболеваниями.

Например, у погибшего обнаружено небольшое травматическое субарахноидальное кровоизлияние на выпуклой поверхности теменной доли правого полушария. Кроме того, были установлены последствия перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы: обширный дефект правой теменной и правой височной костей, выраженная атрофия мозгового вещества лобной доли правого полушария, умеренное расширение обоих боковых желудочков мозга. При этом наблюдался выраженный отек головного мозга, вторичные кровоизлияния в продолговатом мозге.

В приведенном примере «свежая» черепно-мозговая травма не могла самостоятельно привести к смерти. Однако она сыграла роль «пускового механизма» в танатогенезе, т.е. декомпенсировала патологические последствия «старой» черепно-мозговой травмы, привела к срыву компенсации ликворообращения, что, в свою очередь, послужило причиной развития отека и дислокации головного мозга, явившихся непосредственной причиной смерти.

Считаем необходимым отметить, что *сочетанные основные заболевания (повреждения)* имеют общие звенья в цепи танатогенеза, приводят к формированию общего смертельного осложнения. В случае сочетания двух нозологических единиц, на первое место помещают травму или острое отравление, на второе — заболевание. Острое заболевание помещают перед хроническим.

Фоновым заболеванием (повреждением) считают такую ситуацию, когда обнаруживается какое-либо тяжелое системное заболевание, которое неблагоприятным образом влияет на все процессы, протекающие в организме, и неспецифическим образом утяжеляет течение любого заболевания или травмы.

Например, при судебно-медицинском исследовании трупа обнаружено нагноение мягких тканей в области закрытого поперечного перелома левой лучевой кости в средней трети, сепсис, хронический миелолейкоз.

В приведенном примере фоновым заболеванием является хронический миелолейкоз, для которого характерно снижение иммунного ответа. Хронический миелолейкоз определил неблагоприятный исход перелома, который осложнился нагноением мягких тканей с развитием сепсиса, послужившего *непосредственной причиной смерти*.

Наиболее частыми примерами фоновых заболеваний являются варианты артериальной гипертензии или сахарного диабета для нозологических единиц из групп ишемических болезней сердца и цереброваскулярных болезней.

Необходимо учитывать, что в большинство статистических разработок при отборе «первоначальных причин смерти» войдет только та нозологическая форма, которая стоит на первом месте в рубрике «комбинированное основное заболевание (повреждение)». Поэтому на первую нозологическую единицу в составе комбинированного основного заболевания (повреждения) следует обращать особое внимание.

Для решения вопроса, какой нозологической форме отдать предпочтение, при прочих равных условиях рекомендуется руководствоваться следующими принципами:

1) предпочтение отдается нозологической форме, имеющей наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим);

2) нозологической форме, более тяжелой по характеру, осложнениям, т.е. той, которая имеет более высокую частоту летальных исходов;

3) нозологической форме, более значимой в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни, новообразования, инфаркт миокарда и др.);

4) нозологической единице, которая имеет более острое течение;

5) в случаях, когда применение пунктов 1–4 не позволяет выявить приоритет одной из нозологических единиц, первой указывается та, которая:

- была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе;

- отражает профиль отделения (МО);

- потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий. Например, для отделения неврологии это — та или иная форма инфаркта мозга и т.д.

При экспертной диагностике «комбинированного основного заболевания (повреждения)» обязательным является установление причинно-следственной связи

непосредственной причины смерти с каждой из нозологических единиц, входящих в этот раздел диагноза.

Осложнение основного заболевания (повреждения)

Под осложнением основного заболевания (повреждения) следует понимать патологические состояния, которые развиваются вследствие различных вариантов течения травмы (заболевания), но не являются его признаками (проявлениями). Осложнения бывают главными и второстепенными (или добавочными).

Главными осложнениями называют такие, которые непосредственно или через патогенетически связанные с травмой (заболеванием) процессы привели к смерти погибшего, например, сдавление головного мозга кровью, развившееся как следствие закрытой черепно-мозговой травмы.

Главные осложнения бывают ближайшими, возникающими в течение 2-х суток, и отдаленными, развивающимися в более поздний период (в случаях травмы это, как правило, гнойно-септические осложнения). Все остальные осложнения, возникшие в связи с основным повреждением (заболеванием), и не имеющие существенного значения в патогенетической цепи смертельного исхода, называются *второстепенными*.

Многочисленные *добавочные (второстепенные) осложнения* развиваются в случаях длительного течения посттравматического периода или заболевания. Например, разлитой фибринозно-гнойный перитонит (главное осложнение), развившийся вследствие проникающего огнестрельного ранения брюшной полости, привел к развитию пролежней, сегментарной пневмонии, которые являются второстепенными (добавочными) осложнениями.

Таким образом, врач — судебно-медицинский эксперт должен точно и однозначно сформулировать рубрики СМД «основное повреждение (заболевание)» и его «осложнения», чтобы в последующем грамотно и обоснованно ответить на вопрос о причине смерти.

При формулировке рубрики «осложнения основного заболевания (повреждения)» следует употреблять четкие стандартные морфологические термины и понятия, отражающие определенные нозологические единицы, синдромы и симптомы. Такие термины и понятия, как «интоксикация», «сердечная недостаточность», «полиорганная недостаточность» и др. — неинформативны и в морфологическом диагнозе их использование недопустимо.

Таким образом, в СМД указывают *морфологические проявления патологического состояния*, как в рубрике «основное...», так и в рубрике «осложнения...». Об этих состояниях необходимо говорить в выводах, основываясь на результатах лабораторных методов исследования и морфологической картине, отраженных в СМД.

Пример

Основное заболевание (повреждение): Отравление уксусной кислотой. **Осложнение основного заболевания (повреждения):** Некротический нефроз. Эрозивно-язвенный гастроэзофагит. Очаговая фибринозная бронхопневмония. Полнокровие внутренних органов. Отек легких и головного мозга.

Морфологическим эквивалентом острой почечной недостаточности является некротический нефроз. Некротический нефроз выставляется в рубрику «осложнения...». В экспертных выводах необходимо будет указать, что острая почечная недостаточность явилась непосредственной причиной смерти.

При смерти в стационаре комплекс морфологических изменений по возможности необходимо подтвердить данными лабораторных и инструментальных исследований. Например, в рубрику «осложнения...» для подтверждения уремии вносят данные клинического лабораторного исследования с указанием даты и номера проведенного исследования, подтверждающие указанный патологический процесс, а также результаты судебно-гистологического исследования.

Перечислять осложнения необходимо в патогенетической или временной последовательности. Среди всей группы осложнений выделяют одно важнейшее — смертельное осложнение, которое и является непосредственной причиной смерти. Нередко выделяемая группа смертельных осложнений (более одного) — неинформативна и не пригодна для статистического анализа.

После рубрики «осложнения...» может указываться подрубрика «Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия», куда записывают все проведенные реанимационные мероприятия с датами и длительностью их проведения и повреждения, возникшие при их проведении.

Сопутствующее заболевание (повреждение, состояние)

Сопутствующими повреждениями, заболеваниями и состояниями называют такие нозологические единицы или состояния, которые не играли существенной роли в развитии смертельного исхода. Последовательность их перечисления должна учитывать степень выраженности клинико-морфологических изменений.

Формулировка рубрики «сопутствующее заболевание (повреждение)» осуществляется по правилам рубрики «основное заболевание (повреждение)». Особенностью сопутствующего заболевания является тот факт, что оно также является нозологической единицей.

В судебно-медицинской экспертной практике нередко проводят исследование деструктивно измененных трупов и их частей, например, в состоянии выраженных поздних трупных изменений (гниение, скелетирование, жировоск, мумификация, торфяное дубление), действия открытого пламени, химических жидкостей с обугливанием и расплавлением мягких тканей и костей. В этих случаях установить основную и непосредственную причины смерти обычно не представляется возможным. Поэтому врач — судебно-медицинский эксперт формулирует СМД без указания рубрик, путем простого перечисления поздних трупных изменений, обнаруженных патологических и травматических процессов во внутренних органах и тканях трупа, результатов лабораторных методов исследования.

Не допускается составление предварительного СМД. Такой диагноз может отличаться от окончательного, потому что не является полным и достоверным из-за отсутствия результатов лабораторных методов исследования.

Алгоритм составления судебно-медицинского диагноза

С учетом изложенного и данных литературы (Б.А. Саркисян, В.Э. Янковский, А.И. Зорькин и др., 2003), на примере повреждений тупыми предметами сформулируем **алгоритм составления судебно-медицинского диагноза:**

1. Основное заболевание (повреждение) — основная (первоначальная) причина смерти.

1.1. Формулировка нозологической единицы: вид повреждения или группы повреждений (*напр.: тупая травма, сочетанная тупая травма*), локализация по анатомическим областям тела (*напр.: головы, грудной клетки, нижних конечностей*):

1.2. Обоснование нозологической единицы: подтверждается морфологическими признаками повреждений и данными лабораторных исследований (*напр.: Акт медико-криминалистического исследования от «__» _____ 2015 г. № __*).

2. Осложнение основного заболевания (повреждение) — непосредственная причина смерти (главное осложнение).

2.1. Обоснование главного осложнения: подтверждается специфическими и характерными признаками, результатами лабораторных исследований (*напр.: Акт судебно-гистологического исследования от «__» _____ 2015 г. № __*).

3. Сопутствующее заболевание (повреждение, состояние):

3.1. Повреждения: перечисляют повреждения, не связанные с основной причиной смерти, и их локализация; в случае транспортной травмы или падения с высоты — повреждения, отличные по механизму или по давности (*напр.: кровоподтек на передней поверхности правой голени синюшно-багровый в центре и зеленоватый по периферии*).

3.2. Заболевания: перечисляют заболевания, не связанные с наступлением смерти с указанием их формы и стадии.

3.3. Состояния: указывают наличие алкогольного или наркотического опьянения без определения степени, подтверждают результатами судебно-химического исследования (*напр.: Алкогольное опьянение — наличие в крови этилового спирта в концентрации 1,2‰ — Акт судебно-химического исследования от «__» _____ 2015 г. № __*).

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. — 576 с.

2. Клевно В.А., Кучук С.А., Гайдичук В.В. Сопоставление заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов — как инструмент улучшения качества оказания медицинской помощи. // Журнал Заместитель главного врача — М.: — 2014. — № 5. — С. 50–58.

3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр (МКБ-10). — Женева: ВОЗ, 1992; на русском языке. М.: Изд. «Медицина», 1995, в 2-х томах: Т.1, Ч.1. — 698 с., Т.1, Ч.2. — 633 с., Т.2. — 179 с.

4. Попов В.Л. Диагноз в судебно-медицинской практике // Журнал Судебно-медицинская экспертиза. — М.: Медиа Сфера: 2013. — № 3. — С. 39 — 42.

5. Построение судебно-медицинского диагноза, клинико-анатомического эпикриза и алгоритмы экспертной диагностики повреждений (методическое пособие) / Саркисян Б.А., Янковский В.Э., Зорькин А.И. и др. / — Барнаул, 2003. — 122 с.

6. Солохин А.А., Свешников В.А., Дедюева Е.Ю., Сахо А.В. Патологоанатомический диагноз в заключении (акте) судебно-медицинской экспертизы // Журнал Судебно-медицинская экспертиза. — М.: Медицина: 1986. — № 2. — С. 5–9.

7. Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2013 году: ежегодный бюллетень / [Клевно В.А., Кучук С.А., Веселкина О.В. и др.]; под ред. проф. В.А. Клевно — М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2014. — 336 с.: ил.

8. Судебно-медицинский диагноз: руководство / [Клевно В.А., Кучук С.А., Лысенко О.В. и др.]; под ред. проф. В.А. Клевно — М.: Ассоциация СМЭ, 2015. — 340 с.: ил.

Для корреспонденции

КЛЕВНО Владимир Александрович — начальник государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»), доктор медицинских наук, профессор. Адрес: 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • E-mail: vladimir.klevno@yandex.ru

КУЧУК Сергей Анатольевич — заместитель начальника по организационно-методической работе государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»), кандидат медицинских наук. Адрес: 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • E-mail: kuchuk@sudmedmo.ru

ЛЫСЕНКО Олег Викторович — врач — судебно-медицинский эксперт организационно-методического отдела государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»), кандидат медицинских наук. Адрес: 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • E-mail: ovllun@mail.ru

ЧЕЛАН Вячеслав Евгеньевич — заведующий танатологическим отделом государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»), кандидат медицинских наук. Адрес: 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • E-mail: chelan@sudmedmo.ru