

Порівняння діагнозів за основним захворюванням може дати два результати:

- збіг діагнозів;
- розбіжність діагнозів.

Розбіжність діагнозів встановлюється у тому випадку, коли неправильно діагностовано нозологічну форму основного захворювання, його етіологію, локалізацію, а також якщо не розпізнане одне із захворювань у складі комбінованого основного захворювання.

Порівняння діагнозів за ускладненнями та супутніми захворюваннями може дати три результати:

- розпізнані діагнози;
- нерозпізнані діагнози;
- гіпердіагностика.

Кількість діагностичних помилок враховується при оцінці якості роботи лікувальної установи, особливо важливим показником є кількість розбіжностей діагнозів.

Причини діагностичних помилок, які мають бути визначені в кожному конкретному випадку шляхом аналізу історії хвороби, можуть бути об'єктивними та суб'єктивними.

Об'єктивними причинами діагностичних помилок є складність діагностики, тяжкий стан хворого, короткочасність перебування хворого в лікувальній установі (менше ніж три доби).

Суб'єктивними — недостатнє обстеження хворого, недооцінка анамнестичних, клінічних даних,

неправильне трактування діагнозу.

При клініко-анатомічному аналізі увага звертається на правильність формулювання клінічного діагнозу, особливо на дотримання нозологічного та патогенетичного принципів у його написанні.

Клініко-анатомічний аналіз включає також оцінку адекватності методу лікування та правильність ведення медичної документації. Важливою частиною аналізу кожного клініко-анатомічного спостереження є визначення його особливостей порівняно із звичайними варіантами клінічного перебігу й морфологічної характеристики захворювання. Якщо випадки захворювань є цікавими для широкого кола лікарів різних спеціальностей, то вони виносяться на загальне обговорення — клініко-патологоанатомічні конференції.

Одним із завдань патологоанатомічної служби є контроль за якістю лікування хворих. Ця служба є своєрідним ВТК (відділ технічного контролю) закладу охорони здоров'я. Діагностичні помилки виявляються лікарем патологоанатомом, а аналізуються лікарями-спеціалістами.

Для проведення такого аналізу у закладах охорони здоров'я створюються лікувально-контрольну комісії, основним завданням яких є аналіз лікувально-діагностичних помилок і вживання адміністративних заходів до лікарів-клініцистів, які їх допустили.

ГРАФІЧНИЙ РЕДАКТОР ДЛЯ ОФОРМЛЕННЯ СХЕМ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ ПОТЕРПІЛИХ «КОНТУР»

В.В. Войченко, В.В. В'юн

ОКЗ «Бюро судово-медичної експертизи Дніпропетровської ОДА»

Засновник Харківської школи судових медиків, Заслужений професор Микола Сергійович Бокаріус у 1930 р. вперше запропонував контурні схеми тіла людини як наглядні інформаційні додатки до актів судово-медичного дослідження живих осіб та трупів.

Під однойменною назвою – «Контурные изображения частей тела человека» в 1952 році в м. Ленінград доцент Віктор Миколайович Бокаріус підготував та випустив ці схеми, які були настільки актуальні серед судових експертів, що дуже скоро розійшлися, і стали бібліографічною рідкістю.

Значно пізніше, в 1990 році вченими-науковцями кафедри судової медицини ХМАПО під керівництвом професора В.І. Кононенко, як додаток до «Актив судово-медичного дослідження», був розроблений та випущений «Каталог схематичного зображення контурів тіла людини».

В теперішній час судово-медичні експерти, з метою забезпечення документації та ілюстрації тілесних ушкоджень, накладень біологічного походження і сторонніх забруднень, широко користуються таким прийомом, як судова фотографія з використанням сучасних цифрових технологій.

Тому, все частіше висловлюються думки про те, що відомі схематичні зображення примітивні, малоінформативні, трудозатратні, відбирають час у дослідника і, за цих обставин, втрачають в експертній практиці свою актуальність.

Однак, ще проф. Микола Сергійович Бокаріус в свій час наголошував на те, що які б детальні записи тілесних ушкоджень не були в протоколі експертного дослідження, та якою б кількістю фотосвітлин не доповнювався цей протокол, все це не завжди дає повноту наглядного уявлення про загальну кількість заподіяних ушкоджень, їх характер, форму, розміри, взаємне розташування, тощо.

Відомо, що схема є універсальним зоровим образом, своєрідною моделлю, яка лаконічно вбирає в себе, інтегрує та наглядно демонструє значний об'єм судово-медичної інформації і фіксує чисельну кількість інших різних фактів. З такою моделлю зручно працювати: аналізувати встановлені різнопланові дані, узагальнювати їх, умовляно вибудовувати складні багатоланкові ланцюги логічних міркувань, роздумів, розсудів, і, в результаті, дозволяє прийти до вірних науково обґрунтованих переконливих експертних висновків.

Отже, на нашу думку, на сьогодні немає під-

став відмовлятися від схем, як від документа. Схематичні зображення тілесних ушкоджень є логічним доповненням судової фотографії (яка, до речі, має хиби і недоліки) і, таким чином, сприяють об'єктивізації судово-медичних досліджень. Тим більше, що про схеми йдеться мова в «Правилах» і «Інструкціях», які регламентують діяльність судово-медичної експертної служби.

Як показує судово-медична практика, при виготовленні таблиць різні експерти використовують різні контурні схеми тіла людини. Якість цих контурних зображень низька. І саме головне, це те, що через відсутність методики і чіткого алгоритму даного виду діяльності, експерти на свій розсуд вибирають різні прийоми розміток, позначень, надписів на схемах.

В ОКЗ «Бюро судово-медичної експертизи Дніпропетровської ОДА» вперше в Україні з метою оптимізації роботи експертів та підвищення об'єктивності експертиз шляхом покращання якості виконання схематичних зображень, уніфікації умов

них позначень пошкоджень на схемах, була розроблена спеціалізована комп'ютерна програма, яка включала в себе методику, інструментарій та алгоритм вирішення цього актуального питання.

Завдяки її запровадженню «Висновки експертів» стануть більш наочними, об'єктивними, науково аргументованими, що, в свою чергу, дозволить правоохоронним органам фахово і в короткі терміни розслідувати тяжкі злочини проти життя та здоров'я людини.

Втілення зазначеної вище ідеї було реалізовано шляхом розробки графічного редактору для оформлення схем тілесних ушкоджень потерпілих «Контур», яку сьогодні ми представляємо на сторінках фахового журналу.

Програма «Контур» (kountur.exe) - це графічний редактор, який дозволяє створювати схематичні малюнки тілесних ушкоджень, заносити їх в додатки (таблиці) до «Висновку експерта», з можливим наступним роздруком на принтері.

ДО ПИТАННЯ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ УТВОРЕННЯ СИНЦІВ

Личман Т.В., Легедза А.В., Дубровська О.М.

ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України»

ВСТУП. Визначення часу утворення синців (крововиливів), є актуальною проблемою судово-медичної науки та практики. Актуальність цієї проблеми полягає в тому, що час виникнення синців, як правило, збігається з часом подій пов'язаних з спричиненням тілесних ушкоджень, що є важливим для правоохоронних органів, т.я дозволяє більш об'єктивно встановити цю дату, та дати відповідну правову оцінку показам потерпілих, нападників та свідків. Перед судово-медичним експертом, не рідко стоять питання не лише про час утворення крововиливів, в тому числі й можливості одночасного (одномоментного) виникнення всіх крововиливів на різних частинах тіла, але й про часовий проміжок між їх виникненням (спричиненням) та настанням смерті людини тощо. Окрім цього, відомі випадки симуляції синців як з допомогою розфарбовування шкіри, так і заподіянням їх самому собі шляхом ударів, стискання шкіри пальцями (щипання), укусів тощо. Іноді випадково одержані синці видаються за сліди насильства.

Синці утворюються внаслідок розриву судин від удару, стиснення, розтягування та ін. з наступним виливом (виходом) крові за межі судинного русла з просякненням кров'ю шкіри, підшкірно жирової клітковини та інших м'яких тканин.

Кров, що вилілася спочатку, містить багато оксигемоглобіну, тому вона має яскраво-червоний колір. Проте оточуючі тканини дуже швидко забирають із неї кисень, через що вона набуває темно-червоного кольору, а при значному скупченні крові - синього і навіть сірувато-синього. Це забарвлення, через певний час, поступово

змінюється. Інтенсивність забарвлення та динаміка зміни його обумовлюється не тільки кількістю крові, що вилілась, але й анатомічною локалізацією, глибиною залягання, наявністю чи відсутністю одягу над синцем, порою року, віком людини та ін.

Іноді крововилив відсутній в місці контакту але чітко виявляється з обох боків від місця контакту тупого предмету, що пояснюється морфологічними особливостями стінок судин — вони витримують більше навантаження при стисненні, ніж при розтягненні. Зазвичай така картина спостерігається при нанесенні ударів тупими предметами видовженої (циліндричної) форми, невеликої ширини (невеликого діаметру), наприклад, трубою, палицею, гумовим кийком, більярдним кием тощо.

Зміна забарвлення синців обумовлена біохімічними процесами, які відбуваються в м'яких тканинах в ділянці синця. Спочатку відбувається розщеплення гемоглобіну (відділення молекули заліза від гематину) і утворення метгемоглобіну, синець, з багряно-синього, через 1-3 доби стає синім. Тобто в період від 1 доби до 3 синець, за різними авторами, має багряно-сине забарвлення.

В подальшому, під впливом процесів окислення, утворюються такі пігменти, як білівердин та холеглобін (вердогемохромоген), які через 3-5 діб з моменту виникнення синця обумовлюють його зеленувате забарвлення по периферії.

У свою чергу білівердин, окислюючись, перетворюється в інший пігмент - білірубін, який надає синцю жовтуватого забарвлення (через 7-9 діб).

У зв'язку з тим, що окислення білівердину і