

ВИПАДКИ ІЗ ПРАКТИКИ

ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ОЦІНКИ ВНУТРІШНЬО-МОЗКОВИХ КРОВОВИЛИВІВ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ЗА УМОВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ФОНОВИХ СТАНІВ

О. О. Гуріна¹, С. А. Міщенко²Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика¹
ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України»²

Дані спеціальної медичної літератури та практичний досвід доводять, що оцінка ролі алкогольної інтоксикації при судово-медичному дослідженні трупа є складним завданням, що обумовлене необхідністю аналізу багатьох факторів, які можуть одночасно впливати на організм людини. Відомо, що алкогольна інтоксикація може бути причиною смерті (як отрута нервово-функціональної дії) або являти собою несприятливий фоновий чи супутній стан при інших причинах смерті. В деяких випадках вона може сприяти виникненню виражених гемодинамічних розладів кровообігу у внутрішніх органах (особливо в тканинах центральної нервової системи), що обумовлює труднощі експертної оцінки таких станів. В аспекті викладеного, заслуговує уваги аналіз випадку смерті гр. Ш., 1981 р.н. За обставинами справи, 4 березня 2007 р. мав місце побутовий конфлікт (бійка) з втручанням працівника міліції; останній штовхнув потерпілого, який впав і помер через нетривалий проміжок часу на місці події. Під час судово-медичного розтину, що проводився 5 березня 2007 р., у гр. Ш. було виявлено: при зовнішньому дослідженні – «невелика забійна рана біля зовнішнього кінця лівої брови (1); дрібні садна на обличчі (14), шиї (2), передній поверхні грудної клітки (2), верхніх кінцівках (6); переривисте осаднення у вигляді паралельних смуг на грудній клітці зліва розмірами 11x7см. Крім того, мав місце синець на границі лобної та тім'яної ділянок зліва (1), та поодинокі синці по переднім поверхням гомілок. При внутрішньому дослідженні встановлені крововиливи в товщу м'яких тканин голови з внутрішньої сторони в лобно-скроневій ділянці справа (1) та в проекції потиличного бугра (1), дрібні крововиливи темно-червоного кольору в м'яких тканинах шиї в проекції I-IV шийних хребців. Під час розтину діагностовано дрібнокрапкові крововиливи під епікардом, на верхівках складок слизової оболонки шлунку, у мозковому шарі наднирників, та вказано, що «...підшлункова залоза на розрізі брудно-буро-червоного кольору, зі стертою частковою будовою...», «оточуюча клітковина підшлункової залози... представлена пухкою брудно-буро-червоною масою, структура якої не визначається...» За результатами лабораторних досліджень: виражений набряк речовини головного мозку та його оболонок, різко виражені розлади кровообігу у внутрішніх органах: крововиливи в легенях, наднирнику, м'якій мозковій оболонці, корі головного мозку, стовбурі, мозочку, спинному мозку, гострий геморагічний

панкреонекроз (гістологічно); сильне алкогольне сп'яніння – в крові трупа 2,8‰ етилового спирту (токсикологічно), при біохімічному дослідженні в крові трупа рівень глюкози-1,38 ммоль/л. Отже, на підставі розтину та проведених лабораторних досліджень був зроблений висновок, що смерть гр. Ш. обумовлена гострою легенево-серцевою недостатністю, яка виникла на фоні різкого набряку головного мозку (розцінено як наслідки гіпоглікемічної коми), що ускладнила перебіг геморагічного панкреатиту з панкреонекрозом. Таким чином, за думкою експертів, причиною смерті, була гіпоглікемічна кома.

Повторне судово-медичне дослідження ексгумованого трупа було здійснене 12 липня 2007р. судово-медичними експертами іншого обласного бюро судово-медичної експертизи. При цьому, була встановлена наявність різних гнильних змін шкірних покривів, м'яких тканин та внутрішніх органів трупа, у зв'язку з чим, констатувати візуально наявність тілесних ушкоджень не стало можливим і, зважаючи на стан тканин, матеріал для додаткових досліджень не вилучався. Тому увага була приділена ретельному дослідженню гістологічного архівного матеріалу. Згідно з результатами повторного мікроскопічного дослідження встановлені: «розсіяні субарахноїдальні крововиливи у півкулях головного мозку і мозочку, поодинокі крововиливи в речовину головного мозку в обох півкулях, мозочку та стовбура головного мозку, а також - речовину спинного мозку на фоні помірно вираженого набряку м'яких мозкових оболонок та речовини головного мозку (переважно- стовбура), помірний набряк речовини спинного мозку». Також діагностовано: геморагічний панкреонекроз із слабо вираженою запальною реакцією та порушенням її цілості структури залози, свіжий інфільтруючий крововилив у парааортальну жирову клітковину черевного відділу аорти; дистрес-синдром у наднирниках, морфологічні ознаки «шокової» печінки, «шочових» нирок, ознаки розладу кровообігу у внутрішніх органах по типу нерівномірного кровонаповнення судин. Таким чином, наявність деструктивної форми панкреатиту сукупно із множинними крововиливами під м'яку мозкову оболонку і в речовину головного та спинного мозку (гістологічно) з розвитком гострих розладів гемодинаміки у т.з. «шокових органах», які стали підставами для висновку про настання смерті гр. Ш. внаслідок сполученої травми з поєднанням закритої травми

живота із закритою черепно-мозковою та спинно-мозковою травмами.

Як бачимо, наявність протирічних висновків щодо причини настання смерті гр. Ш., зокрема, обумовила необхідність призначення повторної комісійної судово-медичної експертизи. У ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» архівний матеріал був досліджений повторно, при цьому у всіх досліджених органах були відзначені розповсюджені виражені циркуляторні розлади на рівні МЦР, крім того - дистрофічні, вогнищеві некробіотичні процеси, які, враховуючи факт відсутності ушкоджень внутрішніх органів та наявність деструкції підшлункової залози, були обумовлені панкреатогенним ендотоксикозом з судинними порушеннями і змінами реологічних властивостей крові з розвитком гострого ДВЗ-синдрому. На такому несприятливому

фоні навіть незначна травма (наявність зовнішніх ушкоджень в ділянці голови та шиї) могла сприяти утворенню множинних крововиливів дисциркуляторного генезу, що і мало місце, зважаючи зокрема і на наявність алкогольного сп'яніння потерпілого. Зважаючи на викладене, експертна комісія надійшла до висновку, що смерть гр. Ш. настала внаслідок гострого деструктивного панкреатиту (панкреонекроз) на фоні алкогольної інтоксикації з розвитком шоку та ДВЗ-синдрому. Звертає на себе увагу розвиток гіпоглікемії (рівень глюкози крові - 1,38 ммоль/л), що може бути пов'язаним як зі складним інтоксикаційним синдромом, так і з надмірними прийомом алкоголю, в т. ч. і внаслідок зловживання алкогольними напоями, проте висловитись більш конкретно про її причину ретроспективно неможливо.

ВИПАДКИ ПОМИЛКОВОЇ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМІВ

С. С. Бондар

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Проведення судово-медичної експертизи чи обстеження живих осіб найчастіше проводиться з приводу встановлення наявності, характеру, механізму та давності утворення, а також визначення ступеню тяжкості тілесних ушкоджень, що становить більше 90% випадків досліджень у відділі потерпілих, звинувачуваних та інших осіб. Певна кількість таких випадків потребує, окрім візуального медичного обстеження, проведення ще й інструментальних, серед яких найчастіше використовують рентгенологічне, яке проводиться при підозрі на наявність переломів.

У зв'язку з тим, що закриті неускладнені переломи щелепно-лицевої ділянки, ключиці, ребер, кінцівок, грудних чи поперекових хребців відносяться до тілесних ушкоджень середньої тяжкості за ознакою тривалого розладу здоров'я вірна діагностична ознака наявності чи відсутності переломів часто є визначальною для встановлення ступеню тяжкості тілесного ушкодження і наступної юридичної кваліфікації заподіяної здоров'ю шкоди.

Приводимо випадки помилкової діагностики переломів за матеріалами повторних комісійних експертиз.

Гр. П., 15 років, у 6 місяців був прооперований з приводу вродженої вади серця. В ранньому дитячому віці хворів рахітом II ст. з підгострим перебігом, гіпотрофією II ст., залізодефіцитною анемією, також страждає частими ГРВІ, хронічним холецистоангіохолітом, сколіозом грудного відділу хребта, хронічним бронхітом, тубінфікацією і ін. Інвалід дитинства. 28.09.2008 року отримав декілька ударів кулаком в різні ділянки тіла. 29.09.2008 року госпіталізований в дитяче відділення ЦРЛ, де було діагностовано „кровонаплив” в правій ділянці

обличчя. 03.10.2008 року з покращенням стану виписаний із відділення з заключним діагнозом: Забій м'яких тканин обличчя. Після виписки при судово-медичному обстеженні та рентгенографії черепа і грудної клітки в двох проєкціях рентгенологом ЦРЛ був діагностований перелом 4, 5 ребер зліва та можливий перелом черепа по сагітальному шву. При консультації цих же знімків рентгенологом обласного бюро СМЕ було діагностовано перелом 4-го ребра зліва та перелом тім'яної кістки зліва. На підставі цього районним судово-медичним експертом, а потім і комісійною експертизою обласного бюро СМЕ ушкодження ребра було кваліфіковано як ушкодження середньої тяжкості, а перелом кісток черепа як тяжке тілесне ушкодження. При проведенні повторної комісійної судово-медичної експертизи та ретельного аналізу історії хвороби після травми, історії розвитку дитини, інших амбулаторних карток, було встановлено, що консолідований перелом 4,5 ребер зліва є наслідком проведеної операції на серці у 6-ти місячному віці, а зміни в кістках склепіння черепа є нетравматичного характеру. Можливо, ці зміни пов'язані з перенесеним рахітом. В підсумку у потерпілого П. було діагностовано легкі тілесні ушкодження на підставі наявності синців в ділянці обличчя, виявлених при першому судово-медичному обстеженні.

Нам також траплялися і інші випадки помилкової діагностики переломів черепа, за які сприймалися деякі анатомічні індивідуальні особливості будови черепа.

03.03.2008 року між громадянином Г. і його знайомою гр. К. виник конфлікт під час їхнього перебування в салоні автомобіля марки «BMW» в ході якого гр-ка К. начебто завдала йому удар каблуком