

ной ушиблено-рваної рани в проекції вказаних переломів), з урахуванням механізму зіткнення автомобіля з преградою (контакт правого борту автомобіля в зоні задньої двері з деревом), слідують заключити, що умови для утворення таких тілесних пошкоджень у гр. В. в разі його перебування в процесі розглянутого ДТП за кермом автомобіля відсутні. Таким чином, можливість перебування гр. В. за кермом автомобіля в процесі даного ДТП виключається.

ВЫВОД

Залогом правильного розв'язання складних ситуацій, виникаючих при комплексній експертизі в разі ДТП, є правильний синтез судово-медичних і транспортно-трасологічних даних, дотримання чіткого алгоритму роботи ек-

спертів з одночасним урахуванням особливостей (неповторимості) кожного конкретного випадку.

Литература

1. **Шевцов С.А.** Розслідування обставин дорожньо-транспортних інцидентів /С.А. Шевцов, К.В. Дубонос/Харків, «Факт», 2003, с. 77-97.
2. **Шабадей А.Н.** Дорожньо-транспортні інциденти/А.Н. Шабадей, С.А. Шевцов, К.В. Дубонос/ Особливості розслідування. Харків, «Факт», 2003, 127 с.
3. **Сумець О.М.** Основи експертизи дорожньо-транспортних пригод: автотехнічна експертиза /О.М. Сумець, В.Ф. Голодний //Навчальний посібник, «Хай-Тек Прес», Київ, 2008, с. 13.

СЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ В САЛОНЕ АВТОМОБИЛЯ В МОМЕНТ ДТП

Плевинскис П.В.

Резюме. Приведен сучасний досвід проведення комплексних судово-медичних і транспортно-трасологічних експертиз (досліджень) з метою встановлення того, хто конкретно з постраждалих в ДТП осіб перебував в момент інциденту за кермом автомобіля, а хто – на

місці пасажирів. Особливу увагу приділяється послідовності (алгоритму) проведення такої експертизи (дослідження).

Ключевые слова: судово-медична експертиза, автомобільна травма.

DIFFICULT SITUATION IN THE ESTABLISHMENT OF LOCATIONS AFFECTED BY THE TIME THE PASSENGER COMPARTMENT CRASH

Plevinskis P.V.

Summary. An experience of a modern complex forensic and transport trasological expertise (research) in order to establish who exactly of the injured persons in road accidents was at the time of the accident while driving, and who - in the passenger seat. Particular attention

is paid to the sequence (algorithm) of such examination (the study).

Keywords: forensic medicin, motor vehicle trauma.

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА КРАНІОГРАФІЇ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

С. В. Козлов¹, В. В. Войченко², О. В. Ткаченко²

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»¹
Дніпропетровський ОКЗ „Бюро судово-медичної експертизи”²

Резюме. У статті викладені результати статистичного аналізу випадків летальної черепно-мозкової травми у м. Дніпропетровську за 2010 рік, а також наводяться приклади з практики, що відображають недоліки краніографії, які призводять до розходження клінічного та судово-медичного діагнозів при черепно-мозковій травмі.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, краніографія, лікарська помилка.

деяких джерелах зустрічається інформація щодо лікарських помилок при наданні медичної допомоги потерпілим з черепно-мозковою травмою [5, 6, 8, 10, 13].

Лікарські помилки виникають як на етапах діагностики, так і при лікуванні. Згідно протоколів надання медичної допомоги при черепно-мозковій травмі обов'язковим методом дослідження є рентгенографія черепа у фронтальній та бічній проекціях [1,3,9,11]. Як правило рентгенографія проводиться в приймальному відділенні при госпіталізації потерпілого і на цьому етапі виникають діагностичні помилки які впливають на лікарську тактику.

Метою дослідження було виявлення розходження клінічного та судово-медичного діагнозів

при черепно-мозковій травмі.

Матеріалом дослідження були архівні дані Дніпропетровського ОКЗ „Бюро судово-медичної експертизи” за 2010 рік. Для вибірки використовували тільки ті випадки черепно-мозкової травми, які «проходили» через стаціонарні відділення лікарень міста Дніпропетровська. При аналізі цих випадків звертали увагу та порівнювали між собою дані рентгенологічного дослідження кісток черепа та данні секційного дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Кількість летальних випадків черепно-мозкової травми за вивчений період часу становила 170 спостережень, що складало 6,8% від загальної кількості судово-медичних досліджень трупів. Середній вік померлих складав 47,7 років. Найбільша кількість випадків летальної черепно-мозкової травми на нашому матеріалі зустрічалась в зрілому віковому періоді 59,4% (101) та в похилому віці 26,5% (45).

За порами року найчастіше летальні черепно-мозкові травми виникали восени – 30% (51), по місяцях - у вересні – 11,8% (20); найменша кількість – навесні 21,7% (37), по місяцях – у квітні 2,9% (5).

При аналізі обставин випадку було встановлено, що: у 14,7% (25) обставини травми не встановлені (раптова смерть на дому, на вулиці), у 23,5% (40) травма була отримана внаслідок падіння (з висоти власного росту зі споруди вище 2 метрів), у 18,2% (31) травма в умовах транспортних пригод, у 42,4% (72) при дії тупих предметів з обмеженою поверхнею, у 0,6% (1) травма в умовах авіакатастрофи, а також 0,6% (1) на фоні судомних станів.

17% (29) потерпілих були в стані алкогольного сп'яніння: легкого - 3,5% (6), середнього - 4,7% (8), сильного - 5,9% (10) і тяжкого - 2,9% (5).

Клініко-анатомічні порівняння виявило цілу низку розбіжностей, зокрема у 4,7% випадків судово-медичний діагноз не відповідав даним рентгенологічного дослідження черепа. Нижче наводимо 2 приклади: аномалія розвитку кісток черепа та обмеженні можливості краніографії.

Випадок 1. Жінка 39 років госпіталізована у ОКЗ ім. Мечникова у відділення реанімації та інтенсивної терапії. Анамнез хвороби: зі слів родичів – страждає на епілепсію, під час приступу впала і вдарилась головою. Дані об'єктивного дослідження: тахіаритмія, температура тіла фебрильна; неврологічний статус - менінгеальні симптоми не визначаються, фотореакція жива, ністагму немає, патологічні рефлекси з обох боків, судомний синдром, рівень свідомості – кома; локальний статус – підшкірна гематома потиличної ділянки.

Дані додаткових методів дослідження: рентгенографія черепа – перелом верхнього відділу потиличної кістки; АКТ головного мозку – потилична цистерна розширена, з IV шлуночком не пов'язана, утворення серединної лінії не зміщені, ширина тіл бокових шлуночків – 11 мм, розширена базальна цистерна черва мозочку; люмбальна пункція

- ліквор прозорий, безколірний.

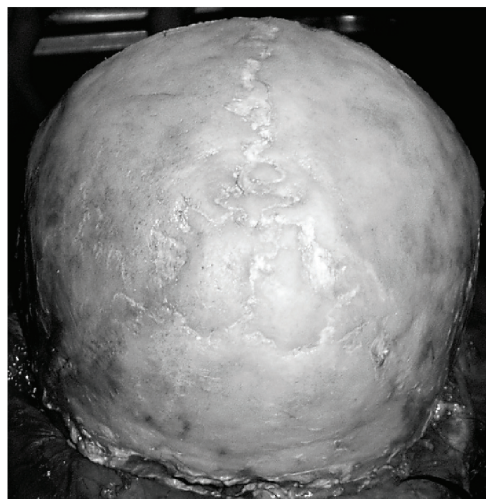
На 6 добу на фоні вкрай тяжкого стану наступила біологічна смерть.

Заключний клінічний діагноз: вторинна закрита черепно-мозкова травма, забій головного мозку 3 ст., дифузне аксональне пошкодження, перелом потиличної кістки, судомний синдром, набряк головного мозку.

Дані судово-медичного дослідження: у товщі м'яких покривних тканин голови виявлені крапкові темно-червоні крововиливи. Кістки черепа цілі. Виявлено аномалію розвитку потиличної кістки – міжтім'яна кістка (os interparietale), або кістка інків (os incae) за типом os interparietale bipartitum [2,4,8,12] (мал. 1). При судово-гістологічному дослідженні виявлено набряк головного мозку.

Судово-медичний діагноз: основний – епілептичний стан, ускладнення – набряк і набухання головного мозку.

Випадок 2. Чоловік 77 років госпіталізований у ОКЗ ім. Мечникова у відділення анестезіології та інтенсивної терапії без свідомості. Анамнез хвороби: зі слів супроводжуючих, потерпілий, стоячи в черзі впав на спину і вдарився головою. Дані об'єктивного дослідження: синусова тахікардія та екстрасистолія, рівень свідомості – кома, локальний статус – підшкірна гематома потилиці. Дані додаткових методів дослідження: рентгенографія черепа – кістково-травматичних пошкоджень склепіння черепа не виявлено. АКТ головного мозку – гостра субдуральна гематома зліва, геморагічний забій лобних часток; люмбальна пункція – у лікворі кров. На фоні вкрай тяжкого стану наступного дня хворий помер. Заключний клінічний діагноз: Вторинна ЗЧМТ, забій головного мозку 3 ст., субдуральна гематома зліва.



Мал. 1. Скелетоване склепіння черепа жінки 39 років.

Дані судово-медичного дослідження: у потиличній ділянці праворуч садно з буро-червоним підсохлим дном, з чіткими контурами невизначеної форми, розміром 3,5x4,5 см. У товщі м'яких покривних тканин голови в проекції потиличної



Мал. 2. Основа черепа чоловіка 77 років.
Перелом в задній черепній ямці ліворуч.

ділянки інфільтруючого характеру без чітких меж великовогнищевий темно-червоний крововилив. Під твердою мозковою оболонкою, в проекції лобних, тім'яних, скроневих та потиличних часток виявлено масивна, блискуча, рихлої консистенції, темно-червоного кольору гематома не злучена з прилеглими оболонками, товщиною до 0,9 см, об'ємом до 250 мл. Під м'якою мозковою оболонкою в проекції лобних часток виявлені великовогнищеві темно-червоного кольору крововиливи. В передніх полюсах лобних часток виявлені ділянки мозку з численними дрібновогнищевими крововиливами. У правому бічному шлуночку мозку виявлені сліди рідкої крові. В задній черепній ямці ліворуч виявлено прямолінійної форми перелом, довжиною біля 7 см, розташований у косо-вертикальному напрямку, який починається біля великого отвору потиличної кістки ліворуч та йде праворуч, перетинаючи борозну поперечного синуса, до внутрішнього потиличного підвищення, де стоншується та затухає (мал. 2).

Судово-медичний діагноз: Внутрішньочерепна травма. Лінійний перелом потиличної кістки. Субдуральна гематома. Крововиливи під м'яку мозкову оболонку в проекції лобних часток. Крововиливи в речовині головного мозку. Сліди рідкої крові у правому бічному шлуночку мозку. Набряк речовини головного мозку. Великовогнищевий крововилив в товщі м'яких покривних тканин голови потиличної ділянки. Садно у потиличній ділянці праворуч.

ВИСНОВКИ

Таким чином, на практиці клініцист, стикаючись із випадками черепно-мозкової травми, повинен знати особливості вікової будови, можливі аномалії розвитку кісток черепа, не обмежуватися даними рентгенологічного висновку, всебічно,

із залученням суміжних спеціалістів аналізувати клінічну картину коматозних станів. Стандартні проекції не завжди дозволяють встановити наявність перелому, його розміри, що повинно враховуватися рентгенологом. У сумнівних випадках рекомендується використовувати додаткові проекції при виконанні рентгенологічного дослідження.

Виявлені дефекти рентген-діагностики пошкоджень кісток черепа в судово-медичній практиці як правило розцінюються як лікарські помилки.

Література

1. **Исаев А.И.** Трудности в судебно-медицинской оценке некоторых форм черепно-мозговой травмы /А.И. Исаев, Ю.С. Иоффе, Т.С. Проскурнина, М.А. Соколова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2002. - № 4. – С. 6-7.
2. **Калмин О.В.** Аннотированный перечень аномалий развития органов и частей тела человека. О.В. Калмин, О.А. Калмина. - Пенза. Изд-во ПГУ, 2000, С. 35-36.
3. **Кондратов М.Г.** Очерки судебно-медицинской рентгенологии. – Луганск, 1960. – 167 с.
4. **Костиленко Ю.П.** Теоретические основы анатомии человека /Ю.П. Костиленко, И.И. Старченко, В.А. Рогуля, А.К. Прилуцкий. – Полтава, 2006. С. 16.
5. **Крылов В.В.** Повреждения задней черепной ямки (клиника, диагностика, лечение) /В.В. Крылов, А.Э. Талыпов, Ю. С. Иоффе [и др.] // Нейрохирургия. – 1999. - №1. – С. 3-4.
6. **Крылов В.В.** Травматические повреждения структур задней черепной ямки /В.В. Крылов, А. Э. Талыпов // Хирургия. – 2009. - №1. – С. 11-12.
7. **Крюков В.Н.** Диагностикум механизмов и морфологии переломов при тупой травме скелета. Т. 5: Механизмы и морфология переломов костей

- черепа /В.Н. Крюков, Б.А. Саркисян, В.Э. Янковский и др. – Новосибирск: Наука, 2000. – 214 с.
8. **Куприянов В.В.** Анатомические варианты и ошибки в практике врача /В.В. Куприянов, Н.В. Воскресенский. - М., Медицина, 1970. С. 7-8.
 9. **Линденбратен Л.Д.** Медицинская радиология (основы лучевой диагностики и лучевой терапии)/ Линденбратен Л.Д., Королук И.П.: Учебник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2000.— 672 с.
 10. **Морозов А.М.** Порівняльна оцінка деяких інструментальних методів діагностики черепно-мозгової травми / А. М. Морозов, А. А. Гарус // Український нейрохірургічний журнал. – 2005. - № 3. – С. 21-22.
 11. **Рейнберг С.А.** Рентгенодіагностика захворювань кісток і суглобів. – Москва: Медгиз, 1955. – 342 с.
 12. **Рогинский Я.Я.** Основы антропологии /Я.Я. Рогинский, М. Г. Левин. - М., Изд-во МГУ, 1955. С. 77—78.
 13. **Скобская О.Е.** Сопоставление данных отоневрологического и рентгено-компьютерно-томографического обследования при переломе пирамиды височной кости в остром периоде черепно-мозговой травмы /О.Е. Скобская, О.Ю. Чувашова // Український нейрохірургічний журнал. – 2009. - № 4. – С. 15.
 14. **Смирнов В.В.** Установление количества и последовательности воздействий по краниограммам при травме тупыми предметами /В.В. Смирнов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2003. - №2. – С. 6-7.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА КРАНИОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Козлов С.В., Войченко В.В., Ткаченко А.В.

Резюме. В статье приведены результаты статистического анализа случаев летальной черепно-мозговой травмы в г. Днепропетровске за 2010 год, а также приводятся примеры из практики, отображающие причины, которые приводят к

расхождению клинического и судебно-медицинского диагнозов при черепно-мозговой травме.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, краниография, врачебная ошибка.

MEDICO-LEGAL ESTIMATION OF CRANIOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CRANIAL TRAUMA

Kozlov S.V., Voychenko V.V., Tkachenko A.V.

The summary. The article includes the results of statistic analyses of lethal cases from the traumatic brain injury in Dnepropetrovsk for 2010 year, also it represents the examples from the practice, displaying reasons,

which lead to the divergence of clinical and medico-legal diagnosis in the case of traumatic brain injury.

Key words: traumatic brain injury, craniography, medical error.

ВПЛИВ РІЗНИХ ВИДІВ НЕНАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ НА КРИСТАЛОГРАМИ ТКАНИННИХ ЕКСТРАКТІВ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТРУПІВ

О. А. Федорова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ВСТУП. З метою якісного визначення змін в біологічних субстратах при різних патологічних станах в медицині використовується тезиграфічний метод. Малюнок кристалограм, який утворюється при взаємодії кристалоутворюючої речовини з біологічними рідинами організму, залежить від властивостей біологічного субстрата. Будь-які порушення – захворювання або пошкодження призводять до змін його хімічного складу.

Метод кристалографічного дослідження екстрактів з внутрішніх органів у судовій медицині і досі не розроблений. Однак, він є достатньо легким у виконанні і не потребує додаткового спеціального устаткування, тому є досить перспективним.

Мета роботи – визначити особливості типових

кристалограм з внутрішніх органів осіб, померлих від різних видів ненасильницької смерті під час гнильної трансформації трупа.

Матеріал та методи дослідження. Об'єктом дослідження був секційний матеріал, який складав тканини від різних внутрішніх органів: головного мозку, серця, легень, нирок, печінки, селезінки та крові від 15 трупів, що становили 204 біологічні об'єкти. З них було отримано 221 тканинний екстракт. В подальшому з екстрактів отримували кристалографічний малюнок, використовуючи метод тезиграфії. Секційний матеріал склали трупи осіб, які померли від ненасильницької смерті, у віковому проміжку від 21 до 83-х років. Всі трупи після настання смерті знаходились у приблизно однакових температурних умовах.