

ВИПАДОК СМЕРТІ ВНАСЛІДОК УШКОДЖЕННЯ РЕФЛЕКСОГЕННОЇ ЗОНИ ("СОНЯЧНОГО СПЛЕТІННЯ")

Максимченко І.В., Рожкова О.М.

Київське обласне бюро судово-медичної експертизи

ВСТУП. В судово-медичній практиці випадки травми рефлексогенних зон зустрічаються рідко [1, 2]. Тому при експертизах трупів ці ділянки не часто детально досліджують та проводять їх судово-гістологічне дослідження, що зумовлює ряд експертних помилок, пов'язаних з підведенням хибної чи сумнівної доказової основи [3].

З метою висвітлення ефективності застосування комплексного підходу наводимо інформацію з конкретного випадку із практики з ушкодженням рефлексогенної ділянки ("сонячного сплетіння").

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

З обставин відомо: 14 жовтня 2006 в місті Біла Церква проводився футбольний матч між київською та місцевою командами. Приїхали підтримати свою команду київські вболівальники і вирішили інсценувати бійку з місцевими вболівальниками, зафільмувати її та "викласти" в інтернет. Під час бійки один вісімнадцятирічний хлопець, "отримавши" удар ногою в живіт, впав і вже не піднявся. Хлопця підняли із землі, викликали швидку медичну допомогу, почали самі надавати допомогу, однак лікарі констатували смерть і забрали тіло потерпілого.

Було призначене судово-медичне дослідження трупа і встановлене наступне: Труп чоловічої статі. Довжина тіла 182 см. Будова тіла правильна, вгодованість помірна. На зовнішній поверхні правого плечового суглоба садно невизначеної форми розміром 1,5x0,7 см із поверхнею коричневого кольору нижче рівня шкіри. На зовнішній поверхні лівого стегна в середній третині садно невизначеної форми розміром 7x5 см із поверхнею коричневого кольору нижче рівня шкіри. Інших ушкоджень при зовнішньому дослідженні трупа не виявлено.

Враховуючи молодий вік та обставини, за яких настала смерть потерпілого, до звичайного обсягу внутрішнього дослідження було додано розтин м'яких тканин задньої поверхні шиї і спини, а також дослідження спинного мозку та сонячного сплетіння. При цьому виявлено: «Крапчасті крововиливи під епікардом та плеврою легень. Темно-червоний крововилив в м'які покриви голови зі сторони їх внутрішньої поверхні у потиличній ділянці справа розміром 8x7 см. Темно-червоний крововилив у м'яких тканинах по задній поверхні шиї на рівні остистих відростків 2,3 шийних хребців розміром 3x2 см. Темно-червоний крововилив у м'яких тканинах на рівні остистого відростка 6 грудного хребця розміром 3x1,5 см».

Для судово-гістологічного дослідження було вилучено комплект шматочків внутрішніх органів, який включав мозок за схемою, коли відсутні виражені осередки крововиливу, шийний та грудний відділи спинного мозку, "сонячне сплетіння" та шматочки м'яких тканин із крововиливами.

Результати судово-гістологічного дослідження: «Поблизу від нервових стовбурів сонячного сплетіння осередкові скупчення еритроцитів без перифокальної клітинної реакції. В жировій тканині, яка прилягає до капсули підшлункової залози осередковий крововилив без перифокальної клітинної реакції. В серці морфологічні ознаки спазму артерій, осередкова фрагментація та білкова дистрофія м'язових волокон. В м'яких тканинах потиличної ділянки, задньої поверхні шиї та спини крововиливи з крайовим стоянням лейкоцитів та поодинокими лейкоцитами по периферії.»

На підставі результатів судово-медичного дослідження трупа, результатів судово-гістологічного дослідження та даних про обставини настання смерті, було зроблено висновок, що причиною смерті була рефлекторна зупинка серця, яка виникла в наслідок удару тупим предметом в рефлекторну зону "сонячне сплетіння". Ця травма має назву "рефлекс Гольца при ударі в живіт". Вона приводить до подразнення блукаючого нерву (nervus vagus) з наступною фібриляцією (тріпотанням) шлуночків.

ВИСНОВКИ

1. При експертизах трупів осіб, смерть яких настає раптово при нанесенні ударів, а при зовнішньому та внутрішньому дослідженні ушкоджень які б могли спричинити смерть не виявлено, слід враховувати, що може мати місце і травма рефлексогенної ділянки. Тому, для судово-гістологічного дослідження слід направляти і шматочки з указаних ділянок (наприклад із "сонячного сплетіння").

2. При судово-гістологічному дослідженні рекомендується звернути увагу безпосередньо на зміни в нервових стовбурах сонячного сплетіння. При цьому, матеріал для дослідження треба брати не пізніше 24 годин після смерті. Фіксують його зануренням в 12% розчин нейтрального формаліну. Заморожені зрізи імпрегнуються азотнокислим сріблом за способом Більшовського в різних модифікаціях з подальшим золоченням і дозабарвленням їх гемалун -еозином, гемалаун - АЗУР- II - еозином (по Максимову) або карміном. Мієлінові оболонки нервових стовбурів забарвляються гематоксиліновим лаком по Шпільмейсеру, а

тигroidная субстанція - тіоніном по Ніслю. При цьому, може спостерігатися коагуляція, набухання, вакуолізація нейроплазми осьових циліндрів з випаданням в ній різної величини гранул.

Література

1. Соседко Ю.И. Внезапная смерть при травме рефлексогенных зон тела. М. – 1996. – 21 с.
2. Федотова И.А. Морфологічні критерії судово-медичної діагностики етіологічних варіантів шоку //И.А. Федотова //Автореф. дис. канд. мед. наук. - Київ, 1994. – 24 с.
3. Петрошак О.Ю. Смертельний випадок ушкодження рефлексогенної ділянки (сино-каротидного вузла). Судово-медична експертиза.-2013.-№2.-С.66-68.

РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ОТРУЄННЯ ГІДРОХІНОНОМ У СТАЦІОНАРІ

В.Т. Бачинський¹, І.Л. Беженар², Я.С. Кишкан¹

Обласне бюро судово-медичної експертизи Департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької обласної державної адміністрації¹
Буковинський державний медичний університет²

ВСТУП. У світовій практиці відомо декілька випадків важких отруєнь гідрохіноном при прийомі через рот фотопроявників, які містять гідрохінон. Гідрохінон відноситься до (р-дигідроксibenзол) відноситься до двохатомних фенолів (дигіброксibenзоли). Летальна доза – всередину біля 2-15 г, смерть настає внаслідок гемолізу, печінкової і ниркової недостатності. Смертельна доза гідрохінону абсолютно точно невідома. Вважають, що при прийомі через рот вона складає 1-5 грамів. По характеру загальнотоксичної дії гідрохінон слід віднести до гемолітичних ядів. Разом з тим, у випадках гострих отруєнь, його дія проявляється подавленням еритропоезу. Гідрохінон швидко всмоктується через неушкоджену шкіру, однак випадки важких отруєнь внаслідок резорбтивної дії невідомі. У осіб, які працюють з гідрохіноновими фотопроявниками без гумових рукавичок, спостерігаються гострі дерматити та порушення пігментації шкіри рук. В організмі людини гідрохінон частково розпадається, частково виводиться, в основному, з сечею у зв'язаному стані. Існує припущення, що в крові він утворює метгемоглобін.

У листопаді 2007 року в гінекологічне відділення обласної лікарні міста Х. у плановому порядку для проведення хірургічних операцій поступили 3 жінки працездатного віку з діагнозами: кіста яєчника та міома матки. В той же день близько 18 години медичними працівниками вказаного відділення проводилась підготовка зазначених хворих до хірургічних втручань шляхом промивання кишківника за допомогою очисної клізми. Після зазначеної медичної процедури стан пацієнтів різко погіршився. 20.11.2007 року їх було переведено у відділення анестезіології та інтенсивної терапії, де 21.11.2007 року 2-є з них померли. Виставлено діагноз заключний клінічний: Основний: гостре отруєння неідентифікованою речовиною важкого ступеню; екзотоксинний шок II ст. Ускладнення основного: гостра серцево-судинна недостатність; токсична енцефалопатія III ст; токсична гепато-нефропатія; дизметаболичні та дизелектролітні розлади; гостра дихальна недостатність III ст. центрального генезу. Супутній: кіста правого яєчника; міома матки.

З наданих **медичних документів** відоме наступне. За останній рік жінки лікувались в гінекологічному відділенні. Загальний стан задовільний. Свідомість ясна, шкіра чиста, звичайного кольору. Молочні залози м'які, язик вологий, не обкладений. Периферійні лімфовузли не збільшені. Пульс 80 на 1хв, ритмічний, тони серця звучні, чисті, ритмічні. АТ 120/80 мм рт. ст., дихання везикулярне. Живіт правильної конфігурації, при пальпації м'який, болючий в правій здухвинній ділянці. Печінка не збільшена. Асцити немає. Селезінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний. Набряків нижніх кінцівок немає. Гінекологічний статус: шийка матки ерозована; матка збільшена до 7-8 тижнів вагітності. Справа від матки утворення щільно-еластичне 4,0x4,0см, болюче. Склепіння вільні. Виділення білі. Скарги на помірні ниючі болі внизу живота, більше справа. Діагноз: кіста правого яєчника; міома матки. План обстеження: загальний аналіз крові, ЕКГ, консультація кардіолога. Лікування: оперативне. Операцію заплановано на 20.11.2007 року. 19.11.2007 року 22.00 годин – черговий лікар – стан хворих вкрай важкий. Вкриті холодним потом, АТ до 50/0 мм рт.ст. Тони серця неясні, ритмічні. Стан не покращується, АТ не піднімається. 19.11.07 о 22.20 год. з гінекологічного відділення у ВАІТ доставлені хворі у вкрай важкому стані. Хворі загальмовані, мовному контакту важко доступні, дихання самостійне, адекватне, проводиться подача зволоженого кисню через лицьову маску. Гемодинаміка нестабільна, розпочато внутрішньовенне введення симпатоміметиків. АТ 80/40 ммрт.ст., пульс 100 на 1хв., визначається лише на сонних артеріях, живіт м'який при пальпації. Стан вкрай важкий, контакту недоступні, на кисневій терапії, гемодинаміка підтримується симпатоміметиками, в легенях жорстке дихання, живіт м'який. З анамнезу: зі слів медперсоналу гінекологічного відділення хворим 19.11.07 року приблизно о 19.00 год. були поставлені очисні клізми, в які можливо попав формалін, після чого у хворих з'явилась нудота, блювота, почервоніння шкіри, падіння артеріального тиску. На основі анамнезу, об'єктивних даних – у хворих