

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

можливо гостре отруєння формаліном? Зі слів лікуючих лікарів стало відомо про стан хворих, які перебували в гінекологічному відділенні (готувались до оперативного втручання): стан різко погіршився після очисної клізми, яка проводилась з метою підготовки до операції, погіршення проявлялось у падінні артеріального тиску, гіперемії шкірних покривів, втраті свідомості. Дане погіршення спочатку трактоване як анафілактична реакція, згодом з'явилась інформація, що в каністрі, де зберігалась вода, яка застосовувалась при клізмі, могли знаходитись токсичні речовини (формалін, фурацилін), після чого був встановлений діагноз: гостре отруєння. Перебіг захворювання прогресивно погіршувався, супроводжувався судомою, нестабільними показниками гемодинаміки, дизелектролітними порушеннями, поглибленням коматозного стану, прогресуючою дихальною недостатністю (у зв'язку з чим були переведені на респіраторну підтримку дихальним апаратом). На момент огляду стан вкрай важкий. Кома III за ШКГ, атонія, арефлексія, гіпотермія, зіниці помірно розширені, рівновеликі, діаметром приблизно 5-6мм; фотореакція відсутня, менінгеальні та вогнищеві знаки не визначаються, сухожильні рефлекси відсутні, патологічні ступні рефлекси не викликаються. 21.11.2007 року о 9.00 год. – загальний стан хворих вкрай важкий, свідомість III бали за ШКГ, шкірні покриви із сіруватим відтінком, дихання за допомогою апарату ШВЛ в режимі з попередніми параметрами, над легеньми жорстке дихання, ослаблене в нижніх відділах, гемодинаміка нестабільна, підтримується за допомогою симпатоміметиків через перфузор. АТ 80/40 мм рт.ст., пульс 90 на 1хв, ритмічний, серцеві тони ритмічні, приглушені, живіт піддутий, пальпаторно напружений. Сечі по сечовому катетеру немає. 21.11.2007 року о 21.30 год. – стан хворих агональний. Мозкова кома по шкалі Глазго. Продовжується ШВЛ в примусовому режимі. Стіяка гіпотонія, малокерована симпатоміметиками. АТ 50/20 мм рт.ст., пульс 88 на 1хв, слабкого наповнення та напруження, ритмічний. ЦВТ – 0 мм водного стовпчика, тони серця різко ослаблені, швидкість інфузії симпатоміметиків збільшена до 10мл на 1 год. У хворих на фоні агонального стану наступила зупинка серця. АТ та пульс не визначаються. Розпочато реанімаційні заходи. Реанімаційні заходи безуспішні, вітальні функції відновити не вдалось, констатовано біологічну смерть 21.11.2007 року о 23 годині 50 хвилин. Проведено 2 ліжко-дні. **Діагноз заключний клінічний:** Основний – гостре отруєння неідентифікованою речовиною важкого ступеню; екзотоксичний шок II ст. Ускладнення основного: гостра серцево-судинна недостатність; токсична енцефалопатія III ст; токсична гепато-нефропатія; дизметаболічні та дизелектролітні розлади; гостра дихальна недостатність III ст. центрального генезу. Супутній: кіста правого яєчника; міома матки.

При судово-медичній експертизі трупів жінок під час **зовнішнього дослідження** виявлено, що м'які тканини трупів з вираженим набряком, шкірні покриви з мармуровим відтінком, шкіра довкола задньо-прохідного отвору та на промежині з накладаннями сірувато-жовтявого кольору.

При **внутрішньому дослідженні:** вхід в стравохід вільний, слизова його гладка, сіро-синюшна, повздовж складчаста, набрякла, з чисельними крапковими крововиливами, які місцями зливаються між собою. В просвіті шлунку міститься незначна кількість слизу. Слизова його гладка, сіро-рожева, помірно складчаста, з багаточисельними крапковими крововиливами по всій поверхні, які місцями зливаються між собою, набрякла. Слизова кишківника гладка, тьмяна, сіро-рожевого кольору, набрякла, з чисельними зливними крововиливами, які найбільш виражені в ділянці прямої кишки та товстого кишківника, мають вигляд арозій. На слизовій прямій кишки та товстого кишківника наявні накладання у вигляді комків сірувато-жовтявого кольору, які легко знімаються з слизової.

При **судово-гістологічному дослідженні** шматочків внутрішніх органів встановлено: некроз, геморагічна, запальна інфільтрація стінок товстої кишки, десквамація епітелію тонкої кишки, шлунка, стравохода, порушення периферичного кровообігу: стаз, сладж в капілярах, діapedезні крововиливи, вогнищеві крововиливи в легені, набряк легень, головного мозку, дистрофічні зміни міокарда, печінки, нирок, уніцелюлярні некрози печінки, гіпоплазія червоної пульпи селезінки, вогнищевий ліпоматоз підшлункової залози.

При **судово-токсикологічному дослідженні** крові, рідини з черевної порожнини та внутрішніх органів виявлено речовину групи фенолів - гідрохінон (парадіоксibenзол), входить до складу сумішей, які використовуються в якості проявників рентгенологічних знімків.

По закінченню проведення судово-медичних експертиз трупів 2-х жінок, які померли у відділенні реанімації та інтенсивної терапії обласної лікарні м.Х. судово-медичні експерти прийшли до таких **підсумків:**

1. При судово-медичній експертизі трупів будь-яких тілесних ушкоджень, окрім слідів медичних маніпуляцій та операцій, не виявлено.

2. При судово-токсикологічному дослідженні нирки, печінки з жовчником, головного мозку, легень, шлунку з вмістом, тонкого кишківника, товстого кишківника, прямої кишки, рідини з черевної порожнини з трупів виявлено гідрохінон.

3. Смерть жінок настала від поліорганної недостатності з розвитком екзотоксичного шоку, токсичної енцефалопатії, токсичної гепато-нефропатії, дизметаболічних та дизелектролітних розладів, які розвинулись як ускладнення гострого отруєння гідрохіноном, що в даному випадку, найбільш ймовірно, потрапив в організм потерпілих під час проведення медичної маніпуляції у вигляді очисної клізми, на що вказують: *дані медичних документів:* - хворі поступили в гінекологічне відділення для проведення планових оперативних втручань з приводу міоми матки. Після проведення підготовки хворих у вигляді очисної клізми стан їх різко погіршився.

4. Промивання кишківника водою перед проведенням оперативного втручання є загальноприйнятною процедурою, правильно проведена медична маніпуляція у вигляді очисної клізми не несе за собою будь-яких негативних ознак для організму.

Література

1. **Судова медицина** / А.А. Бабанін, В.Д. Мішалов, О.В. Біловицький, О.Ю. Скрєбкова - Сімферополь: вид. «НАТА», 2012. – 580 с.
2. **Хохлов В.В.** Судебная медицина / В. В. Хохлов – Смоленск: ОАО «Знак почета», 2010. – 993с.
3. **Завальнюк А.Х.** Отрути та отруєння: судово-медичний аспект/ А.Х. Завальнюк, Г.Ф. Кривда, І.О. Юхимець – Одеса «Астропринт», 2009. – 255с.
4. **Концевич І.О.** Судова медицина / І.О. Концевич, Б.В. Михайличенко – К.: МП “Леся”, 1997. – 656с.
5. **Бережной Р.В.** Судебно-медицинская экспертиза отравлений техническими жидкостями. М., 1977. - 206с.

**ОГЛЯДОВИЙ АНАЛІЗ КОМІСІЙНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ.
ВИЗНАЧЕННЯ ПРАВИЛЬНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В
ДУ «ГОЛОВНЕ БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ МОЗ УКРАЇНИ»**

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

ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України»

До функцій ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України » відноситься проведення особливо складних первинних і повторних експертиз. Найскладнішими з точки зору наукового та практичного обсягу знань та інтелектуального навантаження є судово-медичні експертизи визначення правильності надання медичної допомоги у випадках притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за «професійні правопорушення». Складність вирішення питань вказаних експертиз обумовлена також недосконалістю нормативно-правової бази в галузі охорони здоров'я населення, неповна стандартизація та уніфікація надання медичної допомоги за деякими спеціальностями та відсутністю єдиних методологічних підходів в даних питаннях.

Нами вивчалася статистична картина судово-медичних експертиз за справами, що були порушенні у відношенні медичних працівників в зв'язку з виконанням ними професійних обов'язків (так звані «лікарські експертизи»), які проводились у Головному бюро за період 15 років (з 1995р. по 2009р.).

Таблиця кількості «лікарських експертиз», які надійшли до Головного бюро за кожний рік, і їх співвідношення до загальної кількості експертиз

Роки	Всього	З них лікарські	Відсоток лікарських справ з загальної кількості експертиз
1995	285	18	6,3%
1996	180	33	18,3%
1997	255	21	8,2%
1998	265	50	18,8%
1999	278	39	14%
2000	298	45	15,1%
2001	407	46	11,3%
2002	320	46	14,3%
2003	428	71	16,5%
2004	475	100	21%
2005	600	63	10,5%
2006	603	77	12,7%
2007	650	70	10,7%
2008	565	54	9,5%
2009	736	74	10,1%

З вищенаведеної таблиці вбачається, що поруч із зростанням загальної кількості експертиз, відсоток «лікарських» експертиз від загальної кількості кожного року залишався відносно постійним (коливався від 10 до 20 відсотків.).