

патогістологічного дослідження операційного і секційного матеріалу було виключено травматичний характер походження циркулярного розриву тонкого кишечника і зроблено висновок про те, що смерть гр. М. настала від захворювання - туберкульозу у вигляді генералізованого процесу з ураженням тон-

кого кишечника, брижі кишечника, печінки та легень, який супроводжувався перфорацією стінки тонкого кишечника з розвитком розлитого гнійного перитоніту, дистрофічними змінами внутрішніх органів, що привело доінтоксикації організму, набряку головного мозку, набряку легень.

НЕРАСПОЗНАННЫЕ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЭКЗОСТОЗЫ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ

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

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

²Дніпропетровський ОКЗ „Бюро судово-медичної експертизи”

В судебно-медицинской практике не редким объектом исследования являются твердые ткани человеческого тела, в частности кости скелета. Перед исследователем, судебно-медицинским экспертом, стоит задача установить видовую принадлежность, пол, возраст, антропометрические параметры в целях идентификации личности. Однако не всегда по этим данным можно опознать конкретного человека. Кроме этих параметров при исследовании костных останков ряд исследователей обращают внимание на патологические изменения тканей скелета, для установления возможной причины смерти, особенностей развития человека, образа жизни, профессии и т.д.

Мы представляем вашему вниманию архивный случай исследования трупа неустановленного мужчины с явлениями скелетирования.

Из акта судебно-медицинского исследования: «...Труп человека правильного телосложения, с явлениями частичного скелетирования... При отделении мягких тканей от костей отмечаются патологические разрастания костной ткани в виде бугристости на плечевых костях, лопатках, ребрах, бедренных костях и обеих костях голени...Осмотр костных останков...Правая плечевая кость (рис.1) максимальной длиной 27,3 см, желто-серого цвета,

в верхней половине значительно булавовидно утолщена, поверхность неровная, интенсивно бугристая, с большим количеством костных длинных толстых шиповидных наростов, бугристых валиков. Гребни обеих бугров значительно гипертрофированы. Анатомическая шейка сглажена. Поверхность головки по медиальной поверхности имеет слабо выраженный полукруглый нарост в виде валика. Граница головки и шейки сглажена, утолщена. Диаметр головки – 46,6 мм. Диафиз в верхней трети размерами 45*47,5 мм. В нижней половине кость обычного строения с четко выраженными анатомическими образованиями, диаметр кости в нижней трети – 21,4 мм. На фронтальном распиле проксимального отдела определяется значительный дефект губчатого костного вещества на участке размерами 60*33 мм. Дефект доходит до эпифизарной линии и местами выше неё. В зоне головки губчатое вещество представлено также отдельными участками, и хорошо сохранилось в зоне медиального края головки, где имеет вид густой, мелкопористой сети балок. Балки тонкие, расположены радиально. Эпифизарная линия четкая, в виде узкой окостенелой полосы. Компактный слой в значительной степени истончен, местами замещен костным губчатым веществом.



Рис. 1. Правая плечевая кость

Правая бедренная кость (рис.2) максимальной длины 442,5 мм, желтовато-серого цвета, в нижней части булавовидно расширена с большим

количеством длинных толстых выступающих шиповидных костных наростов с острыми и закругленными концами.



Рис. 2. Правая бедренная кость

Проксимальный отдел бедренной кости также, аналогично деформирован, но в меньшей степени. Шейка бедра деформирована, утолщена, крупно- и мелкобугристая. Граница головки и шейки нечеткая, сглажена. Вокруг головки возле её краёв находятся отдельные участки наростов в виде невысокого валика. Поверхность головки гладкая. Диаметр головки – 52,8 мм. Диаметр шейки – 47,3 мм. Ширина кости в нижней части возле суставной поверхности – 91 мм. Диаметр кости в средней части – 25,5 мм. Диаметр кости в верхней трети – 32,4 мм. Структура костного губчатого вещества головки мелкочаеистая, балки тонкие, местами расположены хаотично, местами с выраженным

радиальным строением. Компактный слой истончен. Местами, больше с латеральной поверхности – замещён костным губчатым веществом.

Тазовые кости (рис. 3) желто-серого цвета, поверхность грубая, неровная, с большим количеством разнообразной формы грубых наростов по всей поверхности костей в виде бугров и шиповидных наростов с острыми и закругленными концами. По всей поверхности костей множественные участки с большими пористыми дефектами. Кости ломкие, при исследовании крошатся, по внешней поверхности обеих крыльев подвздошных костей имеется дефект костной ткани (компактного слоя) с обнажением и частичным разрушением губчатого вещества...».

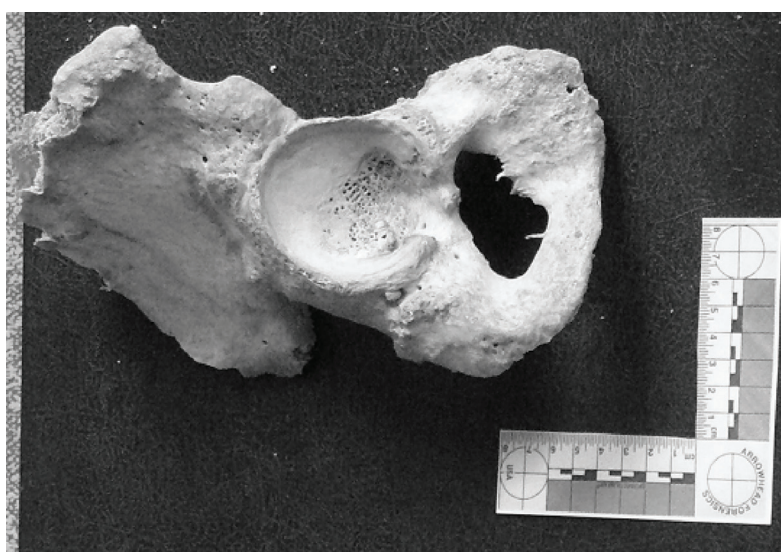


Рис. 3. Правая тазовая кость

На основании данных судебно-медицинского исследования трупа неустановленного человека эксперт пришел к заключению, что представленные на исследование останки человека принадлежат мужчине в возрасте около 40 лет, который при жизни страдал врожденным заболеванием – мраморной болезнью (распространенным остеопетрозом).

Остеопетроз (мраморная болезнь, врожденный остеосклероз, болезнь Альберс-Шенберга) – редкое наследственное заболевание, при котором отмечается генерализованное избыточное костеобразование, ведущее к утолщению костей, сужению и даже полному исчезновению костномозговых пространств. Поэтому для остеопетроза характерна триада: повышенная плотность костей, их ломкость и анемия.

Нами были повторно исследованы данные

костные останки спустя 14 лет. Было высказано мнение о несоответствии установленного судебно-медицинского диагноза в связи с тем, что данные изменения костной ткани могут встречаться и при других нозологиях. Эксперт при исследовании костей трупа не использовал на тот период дополнительный, но в данном случае определяющий, метод исследования – рентгенологический.

По данным рентгенографии (рис.4) сохранившихся костей было установлено, что: имеется четкая дифференциация между компактным и губчатым костными слоями; костномозговые каналы в трубчатых костях свободны, равномерны на всем протяжении; признаков уплотнения костной ткани не выявлено; в тазовых костях имеются участки разрежения костной ткани.

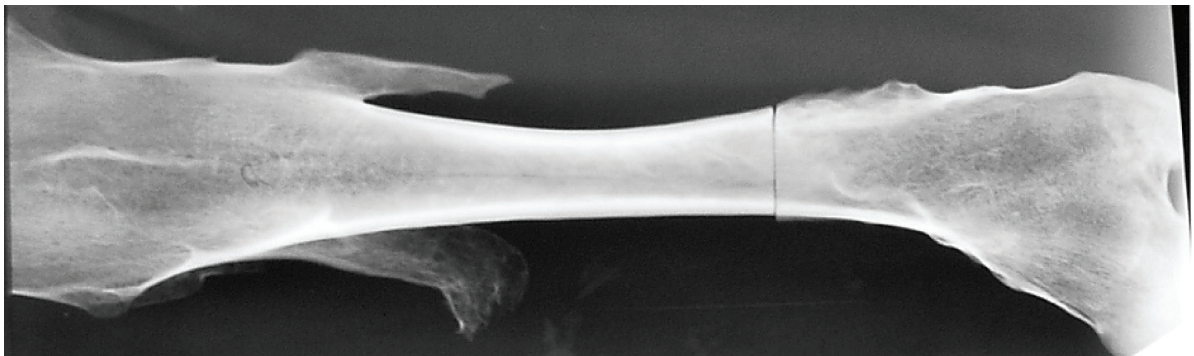


Рис. 4. Рентгеновский снимок. Правая бедренная кость

С учетом полученных дополнительных фактов, обнаруженные признаки не соответствуют диффузному остеопетрозу (мраморной болезни): 1) кости легкие и легко распиливаются; 2) на распилах и при рентгенографии не выявлено патологического уплотнения костной ткани; 3) костномозговые каналы в трубчатых костях полностью свободны, без сужений и врастания костного вещества; 4) при неизменной внутренней структуре костной ткани имеются значительные внешние изменения – наличие множества бугристых и шиповидных выростов (экзостозов).

Таким образом, мы пришли к выводу, что в данном случае можно говорить с достаточной

степенью вероятности о совершенно другой патологии костной системы, характеризующейся наличием экзостозов всех костей скелета за исключением черепа при сохранности нормальной внутренней структуры кости, о болезни Эренфрида (множественные врожденные экзостозы). Заболевание возникает в результате нарушения развития эпифизарного росткового хряща и последующего разрастания костно-хрящевых образований. Чаще всего поражаются метафизы длинных костей (верхняя треть большеберцовой кости, нижняя треть бедра, верхняя часть малоберцовой кости, верхний конец плеча, нижний конец костей предплечья).

ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОКІНЕТИКИ ТА СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОТРУЄНЬ ДИТИЛІНОМ

Мішалов В.Д.¹, Москаленко В.С.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

²ДУ Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України

Міорелаксанти - речовини синтетичного походження, з особливою динамікою фармакокінетики, що вибірково блокують проведення імпульсів у нервово-м'язових синапсах, що приводить до зниження тону поперечно-смугастих м'язів аж до їхнього повного паралічу. Смерть при введенні курареподібних речовин обумовлена зупинкою по-

диху, пов'язаною із блокуванням синапсів дихальних м'язів.

На сьогоднішній день факт отруєння міорелаксантами в судово-медичній практиці встановлюється тільки на підставі обставин пригод, які стають відомими через кілька років. В арсеналі судово-токсикологічних відділень відсутні методи