

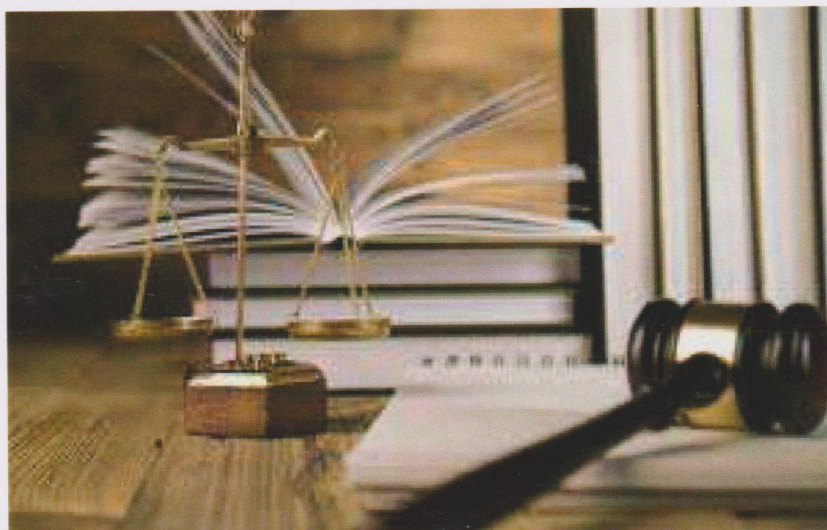
**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІНФРАСТРУКТУРИ ТА
ТЕХНОЛОГІЙ
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ГЕТЬМАНА ПЕТРА КОНОШЕВИЧА-САГАЙДАЧНОГО
ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
ПВНЗ «ФІНАНСОВО-ПРАВОВИЙ КОЛЕДЖ»**



**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СУДОВО-
МЕДИЧНОЇ ТА ПРАВОВОЇ ПРАКТИКИ**

Матеріали

*міжзвідомчої міждисциплінарної науково-практичної конференції
Київ, 23 травня 2019 року*



Ергард Н.М. Визначення відсотку втрати загальної працездатності при проведенні судово-медичної експертизи: проблемні правові питання.....	46
Женунтий В.И., Александренко Е.А. Развитие уголовно-правовой нормы об ответственности за незаконное обращение с оружием, боевыми припасами и взрывчатыми веществами в законодательстве Украины.....	49
Катеринчук К.В. Проблемні оцінки стійкої втрати працездатності.....	54
Качан Є.О. Проблемне питання реалізації права на смерть в Україні.....	56
Ковалевська Є., Семенов В.В. Важливість використання спеціальних медичних знань під час розслідування злочинів вчинених медичними працівниками.....	59
Ковбан М.Ю. Органи виконавчої влади vs журналісти.....	63
Косенко Б.Т., Ткаченко О.П. Правові аспекти використання незареєстрованих лікарських засобів в Україні.....	66
Ліщинська А.А. Спосіб цитологічної ідентифікації діатомового планктону шляхом забарвлення осадової рідини поліхромним барвником азур І – еозином та розчином метиленового синього.....	71
Михайличенко Б.В., Бондар С.С. Створення біохімічних відділень у структурі судово-медичної лабораторії – актуальна вимога часу.....	73
Мичко М.І. Застосування примусових заходів медичного характеру: порівняльно-правові аспекти.....	76
Плетенецька А.О. Особливості надання медичної допомоги в ургентних випадках (за даними комісійних судово-медичних експертиз).....	80
Полюк Н.О. Необхідність суворого дотримання принципу об'єктивності та повноти дослідження при проведенні судово-медичних експертиз.....	84

Полюк Ю.В., Федорова О.А. Узагальнення судово-медичного аналізу власних випадків з практики – суїцидів дітей та підлітків.....	87
Савчук Т.В., Лещенко И.В. Клинико-патоморфологический анализ случаев смерти детей с травмой в анамнезе.....	90
Федорова О.А. Диференційна діагностика станів механічної асфіксії та гострої серцевої недостатності за допомогою кристалографії.....	96
Федорова О.А. Роль фальсифікації обставин події пацієнтами, як причина порушення принципу об'єктивності судово-медичної експертизи.....	102
Федорова С.В., Федорова О.А. Зріст дитячої та підліткової злочинності, як проблемне питання кримінального права та судової медицини.....	106
Хміль І.Ю. Організація і проведення профілактичних і протиепідемічних заходів. Правовий порядок захисту населення від інфекційних хвороб.....	110
Холодова М.І. Диференційна діагностика сумнівних ознак асфіксії та інших ймовірних причин смерті.....	113
Чуприна О.В. Актуальні питання викладання судової медицини в системі підготовки працівників національної поліції.....	117
Якименко О.О. Проблемні питання теорії та практики кваліфікації та боротьби незаконним обігом фальсифікованих лікарських засобів.....	119

оточенням або мають постійний стрес, а також мають явні ознаки нестійкої психіки.

З цього випливає очевидна необхідність комплексного здійснення профілактики суїцидів у дітей та підлітків за участю всіх спеціалістів, на державному рівні: шкільних психологів, вчителів, суїцидологів, медиків, а в першу чергу – батьків [2]. Зважаючи на жорстокість сучасного булінгу, батькам та вчителям необхідно звертати увагу на скарги, поведінку та розмови дітей в школі та вдома. Якби в описаних випадках, батьки звертали увагу на явну схильність підлітків до можливого суїциду, смерті дітей можливо було б уникнути.

Також, за дослідженнями спеціалістів, виявлено 4 фактори, розвиток яких може допомогти подолати в дитини потяг до самогубства: оптимізм, адекватна самооцінка, стресостійкість та прихильність до когось.

Список використаних джерел

1. [Електронний ресурс]: доступ до ресурсу: <https://konkurent.in.ua/publication/23931/v-ukrayini-zroslo-kilkist-samogubstv-sered-ditej-scho-do-cogo-prizvodit/>

2. Федорова О.А. Необхідність створення державної програми з профілактики суїцидів// Мат-ли конференції (25 листопада 2016): «Актуальні питання експертно-криміналістичного забезпечення правоохоронної діяльності»: НАВС, ННПФЕКП. Київ, 2016. С. 299-301.

Савчук Татьяна Васильевна

кандидат медицинских наук, ассистент
кафедры патологической анатомии №2
НМУ имени А.А. Богомольца

Лещенко Иван Вячеславович,

ассистент кафедры физиологии
НМУ имени А.А. Богомольца

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ В АНАМНЕЗЕ

Все трупы умерших больных в лечебно-профилактических заведениях, как правило, подлежат вскрытию. При наличии свидетельств в пользу механических повреждений, отравлений, механической асфиксии, действия крайних температур,

электричества, после искусственного аборта, проведенного вне лечебного учреждения у умершего, и признаков других насильственных действий, главный врач больницы в установленном порядке должен сообщить правоохранительным органам о смерти такого пациента, а те, в свою очередь, направляют труп на судебно-медицинское вскрытие [1, 2].

Однако, в практике детского патологоанатома случается, что подозрение на перенесенную травму, сыгравшую решающую роль в танатогенезе, возникает непосредственно во время проведения вскрытия, или после него, что может быть связано либо с недостаточным сбором анамнеза жизни и болезни, либо с утаиванием соответствующей информации врачами и родственниками по неизвестным причинам.

Нами был проведен клинико-патоморфологический анализ двух таких случаев смерти детей, при вскрытии которых были выявлены изменения, связанные с предшествующей травмой.

Случай 1. Ребенок 1 год 7 месяцев, доставлен на вскрытие с диагнозом: «сепсис, менингит». При наружном осмотре, позади ушной раковины справа над сосцевидным отростком наблюдался очаг изменения цвета кожи - синюшно-красного цвета, не похожий на кровоподтек, отмечался отек. Голова была несколько увеличена, округлой формы, кости черепа подвижны, швы черепа разошлись. Вещество мозга резко набухшее, борозды и извилины сглажены, ткань мозга грязно-розового цвета. Вещество мозга не дифференцировано на серое и белое, расплывается под руками. Такие же изменения наблюдались и в стволе головного мозга и спинном мозге. Оболочки мозга – мутноватые, с синюшными сосудами. При исследовании задней черепной ямки выявлен дефект кости задней поверхности пирамиды правой височной кости 2х1 см, овальный, с острыми краями, располагающийся в области fossa subarcuata, сигмовидного синуса, достигающий яремного отверстия. Через дефект определялось сообщение внутреннего с наружным основанием черепа. Мягкие ткани над сосцевидным отростком расплавлены. В области задней черепной ямки твердая оболочка отделена от затылочной кости, под ней - жидкая кровь. В верхнем сагиттальном синусе старые тромбы. Также тромбы наблюдались в обоих сигмовидных синусах, в правом сигмовидном - с организацией и также - в большой вене мозга.

После беседы с родителями (после вскрытия), выяснилось, что

за 4 месяца до наступления смерти, на голову ребенка (слева) упала металлическая оконная решетка. После травмы ребенок месяц находился в стационаре, на МРТ диагностировано кровоизлияние в заднюю черепную ямку, через месяц был выписан домой. Состояние ребенка оставалось нарушенным, родители отмечали вялость. А через 2 месяца в области сосцевидного отростка справа начали появляться отек и синюшность кожи, распространяющиеся вниз по заднебоковой поверхности шеи, поднялась температура, ребенок поступил в стационар с диагнозом «сепсис».

После гистологического исследования был поставлен диагноз: «сепсис (менингоэнцефалит, тромбоз синусов со склерозом и с нагноением, бронхопневмония, перигепатит, интерстициальный миокардит, флегмона мягких тканей заднебоковой поверхности шеи)». В результате, оказалась очевидной связь заболевания с травмой, о чем свидетельствуют деструктивные изменения задней поверхности пирамиды височной кости (перелом основания черепа по пирамиде справа), субдуральное, субарахноидальное, эпидуральное кровоизлияния (!) Последнее, образованное гематомой, в связи с отслойкой *dura mater* в области задней черепной ямки, в норме отсутствует. Образовавшееся эпидуральное пространство задней черепной ямки через искусственный дефект, связанный с переломом, сообщается с наружным основанием черепа, с чем были связаны изменения кожи в области сосцевидного отростка (гистологически - флегмона шеи).

У ребенка имел место не диагностированный перелом основания черепа по пирамиде правой височной кости; возможный путь проникновения инфекции: носоглотка → *canalis musculotubarius* (*semicanalis tubae auditivae*) → барабанная полость (нижняя и задние стенки которой были повреждены) → правый сигмовидный синус → вены мозга (менингоэнцефалит); дефект кости → наружное основание черепа → флегмона мягких тканей заднебоковой поверхности шеи.

Случай 2. Ребенок 1 год 2 месяца, в анамнезе родители отмечали травму правой верхней конечности, была наложена лонгета, отмечалось нарушение общего состояния, беспокойство, повышение температуры, увеличение конечности в объеме. Смерть наступила на 4 сутки после травмы, доставлен на вскрытие с диагнозом «сепсис». При наружном осмотре правая рука отечна, плотная, без видимых наружных повреждений (рис. 1).



Рис. 1. Общий вид правой верхней конечности.

При вскрытии: мышцы передней группы плеча розовато-серые, вареного вида, расползаются, пестрые, при разрезе вытекает грязно-розовое содержимое (рис. 2).

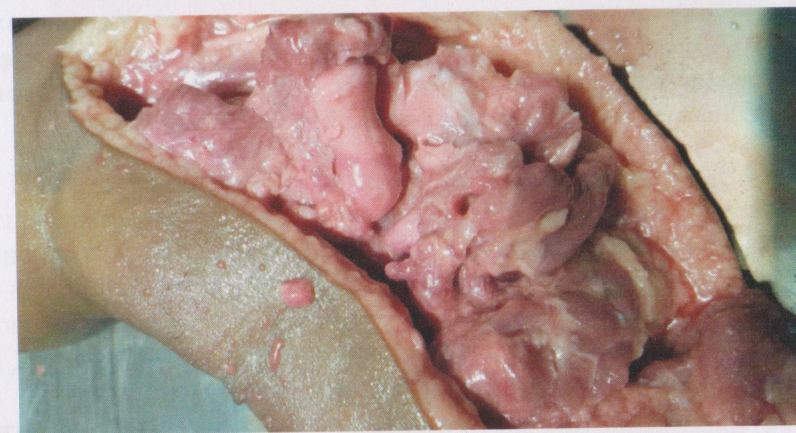


Рис. 2. Вид мягкий тканей правой верхней конечности (флегмона).

Костно-травматические повреждения отсутствовали! После гистологического исследования подтвержден диагноз «сепсис» (флегмона — разлитое гнойное воспаление правой верхней конечности (посттравматическая), двусторонняя бронхопневмония, миокардит, гепатит, серозный менингит, нефрит) (рис. 3).

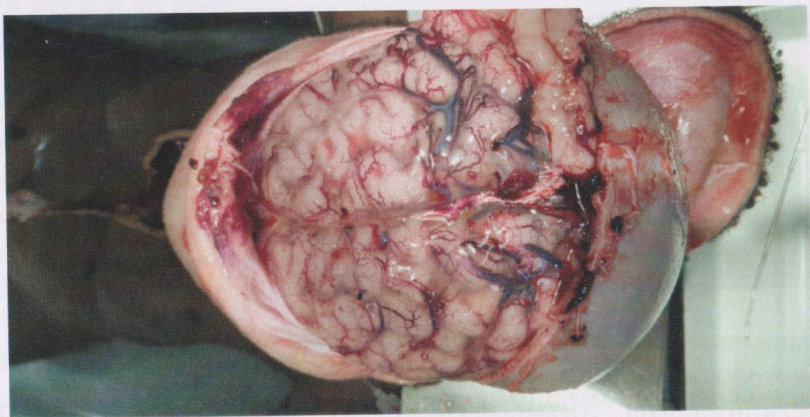


Рис.3. Отек мягких мозговых оболочек, серозный менингит.

В бактериологическом посеве мышцы и легкого выявлен золотистый стафилококк. В гистологических срезах мышцы плеча, легких – явления флегмоны, колонии золотистого стафилококка (рис. 4, 5).

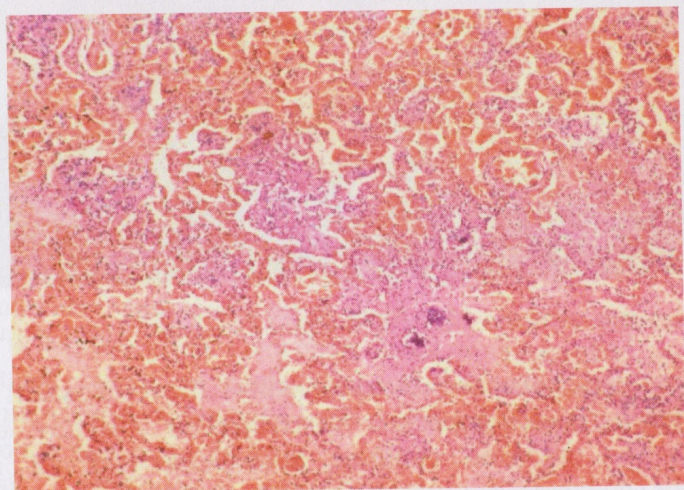


Рис. 4. Легкое. В просвете альвеол нейтрофилы, фибрин, эритроциты, колонии золотистого стафилококка. Ув. X 200, окраска гематоксилином и еозином.

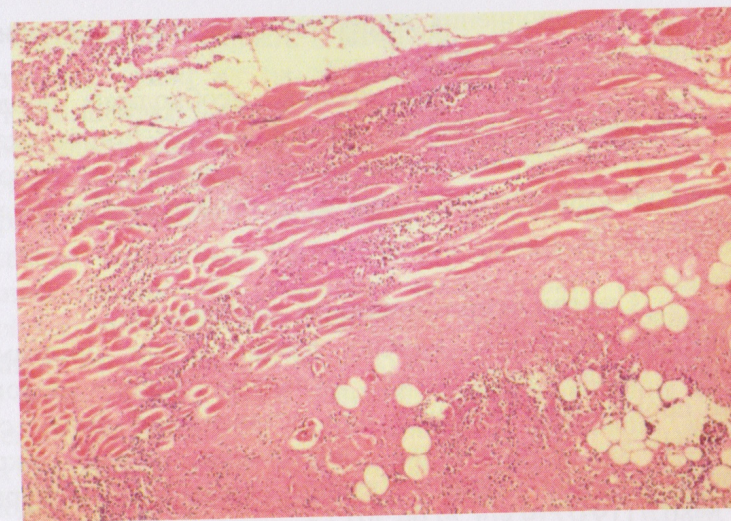


Рис. 5. Флегмона. Лизис мышечных волокон. Инфильтрация нейтрофилами межмышечных промежутков, подкожной клетчатки, колонии золотистого стафилококка. Ув. X 200, окраска гематоксилином и еозином.

В данном случае имел место классический путь распространения инфекции от места входных ворот (правая рука) до первых метастатических очагов инфекции в легких (пневмония), с дальнейшим распространением очагов в большом круге кровообращения (гепатит, нефрит, менингит).

Данные бактериологического и гистологического исследований во втором случае подтверждают мнение клиницистов об обязательном назначении антибиотиков широкого спектра при травме в анамнезе [3].

Клинико-патоморфологический анализ данных случаев показывает, что своевременный и тщательный сбор анамнеза жизни и обстоятельств смерти может сыграть определяющую роль в проведении патологоанатомического или уже судебно-медицинского вскрытия, и решающую роль в постановке правильного диагноза, выбрать наиболее информативные методы исследования: компьютерная томография костей черепа вместо используемой МРТ в первом случае и пересмотреть тактику лечения в пользу хирургического.

Соккрытие родственниками умершего сведений о перенесенной им травме или отравлении может ввести в заблуждение сотрудников правоохранительных органов и послужить причиной

удлинения срока выполнения экспертизы или даже необходимости последующей эксгумации тела.

Поэтому, с нашей точки зрения, необходимо продумать комплексный алгоритм действий врачей на всех этапах оказания помощи в медучреждении, исключая возможность подобного искажения информации, необходимой для проведения профильного исследования тела.

Список использованной литературы

1. Про затвердження Порядку взаємодії між органами та підрозділами Національної поліції, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини: Наказ Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України, Генеральної прокуратури України №807/1193/279 від 29.09.2017 р.

2. Закон України: Основи законодавства України про охорону здоров'я. №2801-ХІІ від 19.11.1992 р.

3. Агаджанян В.В., Устьянцева И.М., Пронских А.А., Новокшенов А.В.,

4. Агаларян А.Х. Политравма. Септические осложнения. Новосибирск: Наука, 2005. 391 с.

Федорова Олена Анатоліївна

асистент кафедри судової медицини
та медичного права

Національного медичного

університету імені О.О. Богомольця,

кандидат медичних наук

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СТАНІВ МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ ТА ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ КРИСТАЛОГРАФІЇ

Судово-медична експертиза і досі потребує нових маркерів, які б дозволяли ефективніше та швидше встановлювати причину смерті в складних експертних випадках. Річ в тому, що в практиці судово-медичних експертів існують випадки складної діагностики, коли при зовнішньому дослідженні трупа яких-небудь тілесних ушкоджень не виявлено (в т.ч. й странгуляційних борозен на шії або утворилась м'яка борозна, яка скидається на складки шії), а

деякі внутрішні ознаки, виявлені під час внутрішнього дослідження, схожі як на загальноасфіктичні, так й на ознаки смерті, що швидко настала. І тоді перед експертом постає складне питання диференційної діагностики, наприклад, механічної асфіксії та гострої серцевої недостатності.

При проведенні традиційних додаткових лабораторних досліджень втрачається багато часу – щонайменше, вісім діб, а реальний термін при сучасному навантаженні гістологів – до місяця. І в таких сумнівних випадках, працівники правоохоронних органів не можуть вчасно зорієнтуватись стосовно категорії смерті даної особи. Тому, такий великий термін виконання експертизи або експертного дослідження, спонукає науковців до пошуку нових критеріїв швидкої диференційної діагностики.

Подібне питання підіймалось в роботі російського судового медика Кандаурова Р.В. Він вивчав перспективи кристалографічного (тезиграфічного) дослідження ліквору для діагностики серцево-судинної смерті та отруєння етиловим спиртом [1]. В кристалограмах ліквору осіб, померлих від серцево-судинної недостатності, на тлі багаточисленного зірчастого або метеликоподібного росту у горизонтальній площині, утворився високий (1 см і вище) ріст кушеподібних кристалів, що дає змогу використовувати кристалограми ліквору при смерті від ІХС для дифдіагностики від інших патологічних процесів.

Тому, на нашу думку, кристаломорфологічне дослідження екстрактів з тканин внутрішніх органів може бути перспективним для дифдіагностики МА(П) та ГІХС.

У власному дослідженні, в кристалограмах тканинних екстрактів, отриманих в випадках смерті від МА(П) утворились наступні морфотипи кристалізації:

В препаратах *крові*, було характерним утворення здебільш неоднорідного росту 50-60 середньо-дрібних центрів кристалізації у вигляді «сніжинок» або «кущів». При мікроскопії спостерігався поодинокий ріст догори, формування вигнутих «віялець» в кінцях кристалів [2].

В кристалограмах тканинних екстрактів *головного мозку*, утворився загальний вигляд «морозного розтріскування», з формуванням тонких «уламків битого скла», по одному полюсу препарату утворився тоненький пасок деформованих кристалів у вигляді «снопів» та – секторів [3].