

Ергард Н.М.,

асистент кафедри судової медицини

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Кулій О.І.,

лікар судово-медичний експерт гістолог

Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ/СНІД ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНИХ РОЗТИНАХ ТРУПІВ

Анотація: Стаття присвячена проблемним питанням діагностики ВІЛ/СНІДу при судово-медичних розтинах трупів. В статті викладений клінічний випадок із судово-медичної практики виявлення ознак ВІЛ/СНІДу при гістологічних дослідженнях у трупа, у якого даний діагноз не був встановлений зажиттєво.

Аннотация: Статья посвящена проблемным вопросам диагностики ВИЧ / СПИДа при судебно-медицинских вскрытиях трупов. В статье изложен клинический случай из судебно-медицинской практики выявления признаков ВИЧ / СПИДа при гистологических исследованиях у трупа, у которого данный диагноз не был установлен прижизненно.

Summary: The article is devoted to problematic diagnosis of HIV / AIDS at forensic autopsy. In the article the clinical cases of forensic practice signs of HIV / AIDS Histological examination of corpses which this diagnosis was not set zazhyttyevo.

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) – особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ) і через відсутність в наш час методів профілактики й ефективних методів лікування призводить до смерті (Закон України «Про запобігання захворюванню синдромом набутого імунodefіциту (СНІДом) і соціальний захист населення» від 03.03.1998 року) [3].

Сьогодні, коли ВІЛ/СНІД становить реальну соціальну загрозу для людства, а в Україні розповсюджується з колосальною швидкістю серед найбільш незахищених верств населення, а закону, який би примусово змушував населення проходити обов'язково медичні дослідження на виявлення ВІЛ/СНІДу, досі немає, то слід звернути увагу медичного персоналу, особливо тих, які працюють в судово-медичній чи патологоанатомічній галузях щодо профілактичних мір захисту від цього соціального лиха.

Нажаль, при дослідженні трупів в рамках проведення судово-медичних експертиз і досі немає законодавчої бази, яка б дозволяла експертові самостійно отримати всі необхідні дані щодо виявлення чи відсутності у досліджуваного трупа ВІЛ/СНІДу. Такі дані можливо отримати при дослідженні крові лише за умов наявності дозволу слідчих органів чи суду, коли вони ставлять експерту такі питання.

Проте, таке застереження від розповсюдження інформації щодо поступлення зараженого трупа ВІЛ/СНІДом ставить під загрозу здоров'я судово-медичних експертів, які досліджують такий труп і не знають про наявність у нього такого діагнозу. Законодавством передбачено, що при зараженні вірусом імунодефіциту людини медичного працівника особою, яка знала про наявність у неї ВІЛ-інфекції тягне за собою кримінальну відповідальність, а також ця особа в повній мірі повинна відшкодовувати збитки витрачені на діагностику та лікування медичного працівника. Проте, виникає питання – хто ж тоді буде відшкодовувати збитки та нести кримінальну відповідальність за зараження медичних працівників, коли ця особа є мертвою і зараження виникло в результаті нещасного випадку при дослідженні крові чи іншого трупного матеріалу? Таким чином, виходить, що медичні працівники в судово-медичній галузі взагалі не захищені з боку законодавства.

Слід звернути увагу, що при проведенні судово-медичного дослідження трупа не завжди при зовнішньому та внутрішньому дослідженню тіла можна одразу встановити ознаки ВІЛ/СНІДу. Дуже часто при внутрішньому

дослідженні можна лише запідозрити наявність імунодефіцитного стану за наявністю супутніх захворювань, таких, наприклад, як криптококоз.

Криптококоз (лат. *Cryptococcus*) - інфекційне захворювання, що викликається дріжджовими грибами *Cryptococcus neoformans*, характеризується ураженням центральної нервової системи, легенів, шкіри, слизових оболонок. Частіше хвороба реєструється у чоловіків. Збудник виділяють з пташиного посліду і гнізд, в основному у голубів. Збудник може перебувати в ґрунті, забрудненої пташиним послідом, також «заразитися» ґрунт може при її добриві послідом.

Існує декілька форм криптококозу: легенева форма, дисемінована (ураження серця, наднирників, нирок, печінки, лімфатичних вузлів, простати) та криптококовий менінгіт. Звернемо нашу увагу саме на останні дві форми криптококозу, бо саме вони найчастіше діагностуються у хворих з імунодефіцитними станами [1,2].

Наводимо клінічний випадок із судово-медичної практики розтину трупа чоловічої статі, у якого був виявлений та підтверджений криптококоз за допомогою гістологічних методів дослідження і встановлений діагноз імунодефіцитного стану помертло:

«Виявлений труп гр. П. за місцем його проживання без ознак насильницької смерті. Для встановлення причини смерті труп гр. П. слідчими органами направлено до відділу судово-медичних експертиз трупів Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи. **При зовнішньому дослідженні трупа:** труп чоловічої статі, правильної тілобудови, помірно вгодованості. Довжина тіла 169 см. Шкірні покриви тіла загалом блідо-синюшного кольору. Трупне залякання добре виражено в усіх досліджуваних групах м'язів. Трупні плями синюшно-фіолетового кольору, виявляються на задньо-боковій поверхні тіла, при дозованому натискуванні бліднуть та відновлюють своє забарвлення через 6 хвилин. Гнильні зміни не виражені. Шкіра обличчя блідо-синюшна. На волосистій частині голови пошкоджень не виявлено. Очі закриті, зіниці рівномірно розширені, слизові оболонки їх білесувато-рожевого кольору, без крововиливів. Кістки та хрящі носа на дотик цілі. Отвори носа та вушні ходи

вільні, чисті. Рот закритий, слизова оболонка губ синюшна, язик в порожнині рота. На шиї пошкоджень не виявлено. Грудна клітка симетрична, на дотик ціла. Живіт вище рівня реберних дуг. Зовнішні статеві органи розвинені правильно за чоловічим типом. Задньопрохідний отвір зімкнутий, шкіра навколо нього чиста. Кінцівки розвинені правильно, кістки на дотик цілі. На шкірі нижніх кінцівок на передній поверхні середньої третини правої та лівої гомілок були наявні виразково-вегетуючі вогнища, які нагадували виразкові дефекти і схожі з базаліомою шкіри. Будь-яких тілесних ушкоджень та особливостей розвитку при зовнішньому огляді не виявлено. **Результати внутрішнього дослідження:** при розтині черевної порожнини трупа стороннього запаху не відчувається. Підшкірно жирова клітковина в області груді 2,0 см, в області живота 3,0 см. Сальник помірно виражений, рівномірно вкриває петлі кишківника. Розміщення органів черевної порожнини правильне. Шлунок та петлі кишківника вздуті газами. Очеревина чиста, гладка, блискуча. В черевній порожнині вільної рідини та злук не виявлено. Діафрагма справа та зліва ціла. Реберні хрящі розсікаються легко. Переднє середостіння частково вповнено жиром клітковиною. В легенях спостерігались дрібновогнищеві поширені казеозні порожнини, що нагадували міліарний туберкульоз. Разом з тим для криптококкозу не характерна кальцифікація, а також відсутній фіброз, який наявний при туберкульозі. Лімфовузли не збільшені. При гістологічному дослідженні легень спостерігалась специфічна гістологічна картина: в просвітах деяких альвеол криптококки з групами макрофагів, еозинофільна рідина, в деяких судинах міжальвеолярних перетинок криптококки (Рис. 1):

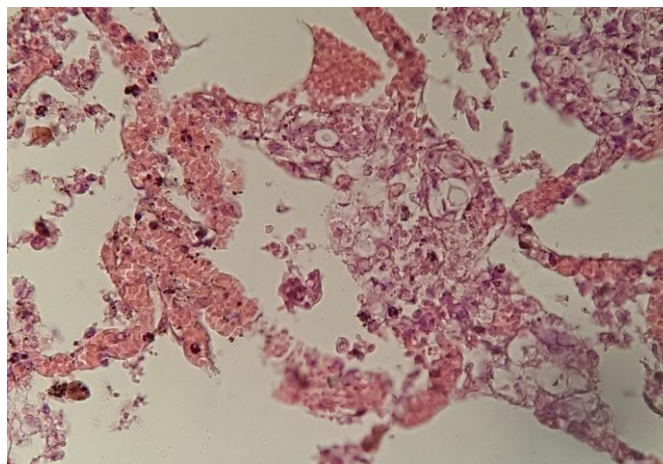


Рис. 1

При дослідженні нирок спостерігалась картина схожа на медулярний некроз нирок, а при гістологічному дослідженні було встановлено: дрібні вогнища деструктивного розрідження тканини та некроза зі скупченнями криптококків, в просвітах канальців та в деяких нефроцитах криптококки, білкова дистрофія нефроцитів, місцями нефроцити нитковидно зплющені, просвіти канальців розширені (Рис. 2):

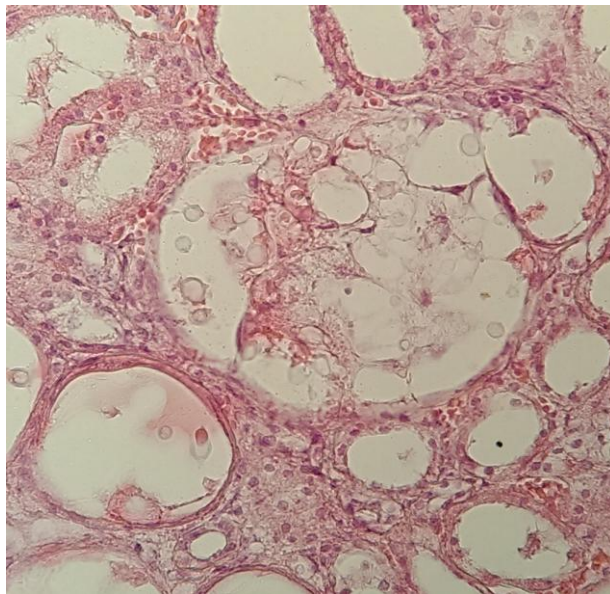


Рис. 2

При дослідженні головного мозку була характерна картина менінгоенцефаліту, проте ліквор був слабо кремового кольору і не носив гнійного характеру, желеподібної консистенції, що характерно якраз при криптококовому менінгоенцефаліті. Тканина головного мозку була дуже набряклою і нагадувала картину гідроцефалії. При гістологічному дослідженні виявлено: в м'якій оболонці скупчення макрофагів в цитоплазмі яких криптококки, деякі макрофаги зливаються між собою з утворенням гігантських багатоядерних клітин в цитоплазмі яких виявляються криптококки; також вільно розташовані криптококки в оболонці, деякі з них з слабо вираженою капсулою, деякі з ознаками ділення. В тканині півкулі головного мозку вогнища деструктивного розрідження та енцефалолізиса навколо судин зі скупченням криптококків та поодиноких макрофагальних клітин; стінка судини з плазматичним просиченням, в просвіті її поодинокі криптококки (Рис.3):

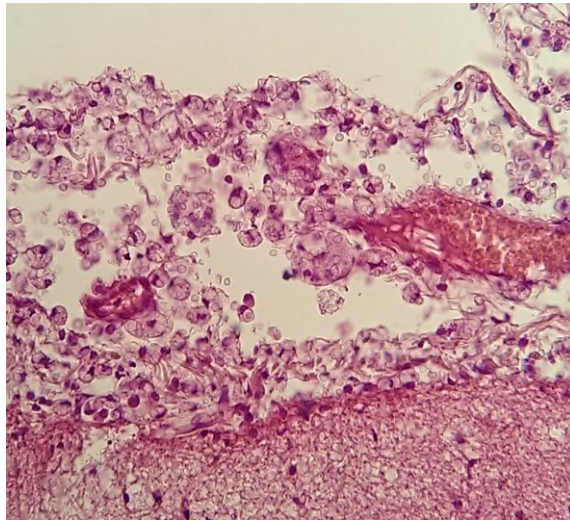


Рис. 3

Таким чином, на підставі даних судово-медичної експертизи трупа гр. П. та результатів судово-гістологічного дослідження було встановлено діагноз: "Криптококовий менінгоенцефаліт". В подальшому, з дозволу слідчих органів, було досліджено кров трупа гр. П. і виявлено наявність у нього імунодефіцитного стану, який, зі слів родичів, не було йому діагностовано прижиттєво так як він не хотів проходити медичне обстеження для виявлення у нього даного стану.

Отже, приходимо до висновків, що хоча закон і захищає осіб, у яких виявлений імунодефіцитний стан від розповсюдження інформації щодо наявності у них такого стану, проте ніде в законодавстві не передбачено захист медичного персоналу, який контактує з таким хворими, та залишається і досі у групі ризику через відсутність інформації щодо імунодефіцитних станів їх пацієнтів чи досліджуваних трупів. Тому доцільно було б зобов'язати осіб, які поступають в будь-який лікарняний заклад проходити діагностичне дослідження на виявлення імунодефіцитних станів, щоб в подальшому була б можливість у держави вчасно проводити профілактику і лікування, таким чином контролюючи розповсюдження такого соціального лиха як ВІЛ/СНІД.

Література:

1. Струков А.И. Патологическая анатомия / А.И. Струков, В.В. Серов // Болезни центральной нервной системы.- Москва. – Медицина.- 1979. – С. 320-354.

2. Литвиненко М.В. Патоморфологія печінки при ВІЛ – інфекції/СНІД
М.В. Литвиненко // Дисертаційна робота. – 2007. – С. 48.

3. Правознавство (медичне законодавство) – Навчальний посібник. –
Кафедра судової медицини. – Національний медичний університет ім. О.О.
Богомольця. – Київ. - 2011. - С. 165-171.