

Гелена Губешерка

Міністерство юстиції України
Харківський науково-дослідний інститут судових експертиз
ім. Засл. проф. М. С. Бокаріуса

Ароцкерівські Читання

Збірник матеріалів міжнародної
науково-практичної конференції,
присвяченої 90-річчю від дня народження видатного
вченого-криміналіста, доктора юридичних наук,
професора Л. Ю. Ароцкера

м. Полтава,
25 травня 2017 р.

Харків
«Право»
2017

А. О. Долуда, О. С. Пукліч

Судова мистецтвознавча експертиза творів художньої кераміки 167

ВОЄННА ЕКСПЕРТИЗА

В. Т. Чупрун

Особливості судово-експертних досліджень роботи командирів (штабів)
і військових формувань 170

А. А. Глісвий

Проблеми проведення судової військової експертизи 172

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА

В. А. Ольховський, В. В. Бондаренко, Н. В. Губин

Определение достоверности экспертных выводов на основании
критериальной значимости диагностических признаков 174

А. О. Плетенецька, А. В. Легедза, Є. А. Варфоломеев

Експертна оцінка надання медичної допомоги хворим
із черепно-мозковою травмою 176

В. О. Ольховський, І. І. Торяник, А. В. Наріжна, Р. І. Бабіченко

Патоморфологічні ознаки живонародженості в судово-медичній експертизі 178

В. В. Бондаренко, А. Н. Семеняченко

О возможностях метода визирования и пластического макетирования
при судебно-медицинской экспертизе взрывной травмы 180

В. О. Ольховський, І. І. Торяник, А. В. Наріжна

Старіння й природна смерть у судово-медичній теорії та практиці 181

В. В. Бондаренко, Р. А. Молодчий

О необходимости участия судебно-медицинского эксперта
в следственном эксперименте 182

А. О. Плетенецька,

асистент кафедри судової медицини Нац. мед. академії післядипл. освіти імені П. Л. Шупика, кандидат медичних наук,

А. В. Легедза,

перший заступник начальника ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України»,

Є. А. Варфоломеев,

завідувач судово-медичного відділу ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України»

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

В Україні, за офіційними даними, від цієї патології щорічно гине більше 11 тис. осіб, із них 55 % помирають на догоспітальному етапі та 41 % – на госпітальному, що перевищує госпітальний показник летальності в розвинених країнах більш ніж у 1,5 рази¹. Оскільки черепно-мозкова травма (ЧМТ) займає одне з провідних місць у структурі загального травматизму, логічно, що вона є й одним із найважливіших аспектів судово-медичних досліджень². Утім, якщо в Україні питання правильності надання медичної допомоги згідно з чинним законодавством вирішується судово-медичними експертами³, то в країнах Європи та Америці – виключно юристами. Крім того, експертизи у випадках ЧМТ проводяться судовими нейрофізіологами⁴. Для вирішення актуального питання щодо якості надання медичної допомоги в Україні, зокрема у випадках ЧМТ, слід, перш за все, розібратися не тільки в недоліках, а і їх причинах.

За даними аналізу медичної документації багатoproфільних лікувальних закладів м. Києва (207 медичних карток стаціонарних хворих), при зіставленні клінічних діагнозів, установлених лікарями, і судово-медичних діагнозів було виявлено, що серед решти діагнозів, що встановлювалися лікарями, закрита ЧМТ (ЗЧМТ) частіше за все була основним у клінічному діагнозі (27,8 %). Коли причиною смерті було цереброваскулярне захворювання, то в більшості випадків основним у клінічному діагнозі була ЗЧМТ (закрита черепно-мозкова травма) – 68,8 %, 63,6 % з якої – у вигляді забою головного мозку (і це за відсутності підтверджень цьому на КТ/ЯМРТ (комп'ютерна томографія / ядерна магнітно-резонансна томографія). Коли ж причиною смерті була пневмонія, частіше за все основним у клінічному діагнозі була також ЗЧМТ – 29,4 %. Причому у всіх зазначених випадках, а ні при ЧМТ, ні при пневмонії не було зроблено основних діагностичних заходів, спрямованих на підтвердження чи спростування діагнозів. Зокрема, при ЗЧМТ не було проведено КТ/ЯМРТ, а невропатологами діагноз ставився на основі скарг на головний біль та інколи за наявності ушкоджень на голові, тимчасових запаморочень або відсутності свідомості.

Серед найбільш частої причини смерті внаслідок ЗЧМТ клініцистами було діагностовано її тільки у 20 %. У цих випадках замість ЗЧМТ лікарями було встановлено переохолодження.

При оцінюванні медичної допомоги в тих самих лікувальних закладах по окремих відділеннях було встановлено, що у відділенні нейрохірургії в 77,8 % ставився діагноз травми, у той час, як причиною смерті було захворювання. Тут найбільш частими клінічними діагнозами із зазначених

¹ Черний В. И. Алгоритм лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // Медицина неотложных состояний. 2013. С. 37–42; Попов В. Л. Черепно-мозговая травма: судебные-медицинские аспекты. Л.: Медицина, 1988. 240 с.

² Сотрясение головного мозга / Б. А. Саркисян, Н. В. Бастуев, И. В. Паньков, В. С. Трубоченков. Новосибирск: Наука. Сибирская издат. фирма РАН, 2000. 104 с.

³ Кримінальний процесуальний кодекс України: Закон України від 13.04.2012 № 4651-VI // Відом. Верхов. Ради України. 2014. № 46. Ст. 2046; Інструкція про проведення судово-медичної експертизи, Правила проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи: затв. наказом Мін-ва охорони здоров'я України «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України» від 17.01.1995 № 6. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0248-95>.

⁴ Granacher R. P. Forensic Issues in the Structural or Functional Neuroimaging of Traumatic Brain Injury. Lexington, KY, USA: Department of Psychiatry, University of Kentucky College of Medicine, Lexington Forensic Neuropsychiatry, 2013; Murrey G., Starzinski D. The Forensic Evaluation of Traumatic Brain Injury: A Handbook for Clinicians and Attorneys. Second Edition. USA: CRC Press, 2007; Silver J. M., McAllister T. W., Yudofsky S. C. Textbook of Traumatic Brain Injury. USA, 2011.

була ЗЧМТ різних форм – 72,2 %, причому у 23,1 % з них безпосередньою причиною смерті було цереброваскулярне захворювання, а у 17,9 % – переохолодження. У решті випадків судово-медичної діагнози були найрізноманітнішими. При оцінюванні лікування в разі причини смерті від цереброваскулярного захворювання за наявності клінічного діагнозу ЧМТ лікувально-діагностичні заходи було обрано згідно зі встановленими діагнозами, що зовсім не відповідало фактично встановлювалося два та більше діагнозів, причому жодний діагноз повністю не збігався із судово-медичним.

Отже, у всіх відділеннях лікарями встановлювався переважно діагноз травми (ЧМТ), коли причиною смерті було захворювання. Лікування у відділенні спрямовано, здебільшого, не на лікування основної патології, а на загальний напрям відділення, що підкреслює недостатню обізнаність лікарів у різних галузях медицини, оскільки кожний із фахівців орієнтується на патології «свого» профілю та призначає відповідне лікування.

При статистичному аналізі експертиз, проведених у судово-медичному відділі ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», виявилось, що випадки із ЧМТ зустрічалися серед 1895 випадків у 39,1 %.

При статистичному аналізі 1052 комісійних судово-медичних експертиз щодо надання медичної допомоги, проведених у ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», Київському міському клінічному, Житомирському, Харківському обласному бюро судово-медичної експертизи, було проаналізовано надання медичної допомоги при ЧМТ. Так, у загиблих унаслідок ЧМТ було виявлено, що супутня патологія була наявна в них лише в 13,3±6,2 %. При оцінюванні термінів надання медичної допомоги слід зазначити, що несвоєчасно медична допомога надавалася хворим майже в половині випадків від усіх досліджених експертиз. Середній час від моменту надходження хворого в стаціонар до початку операції склав 5±0,7 год. За даними досліджень найбільш частими причинами, які призводять до діагностичних дефектів при ЧМТ, є: недооцінка даних огляду, даних додаткових досліджень; пізні звернення хворого за медичною допомогою; відсутність технічних можливостей у лікувальному закладі; сукупність наведених причин. За даними цих досліджень, а також при вивченні 1307 первинних судово-медичних експертиз живих осіб щодо ступеня тяжкості тілесних ушкоджень при ЧМТ найбільш розповсюдженими діагностичними дефектами при встановленні та підтвердженні діагнозу «струс головного мозку» (СГМ) клініцистами, є:

1. Непроведення додаткових методів дослідження:

- 93,3±1,3% – непроведення КТ або ЯМРТ головного мозку;
- 91,2±1,5% – непроведення діагностично-лікувальної люмбальної пункції;
- 87,4±1,9% – непроведення краніографії черепа;
- 60±1,85% – непроведення реоенцефалографії судин головного мозку;
- 43±1,84% – непроведення електроенцефалографії дослідження.

2. Низька якість огляду хворих:

- у 67,7±1,93% неврологічний статус описаний не в повному обсязі, з неврахуванням повної неврологічної симптоматики, притаманної ЧМТ;
- у 24,3±2,25% діагноз СГМ устанавлювався тільки на основі суб'єктивних скарг хворого (на головний біль, запаморочення, нудоту тощо) і анамнестичних даних (травма голови зі слів хворого), без консультацій нейрохірургів, оториноларингологів і офтальмологів;
- в одиничних випадках діагноз СГМ устанавлювався травматологами, хірургами тощо, тобто лікарями непрофільних спеціальностей.

Найбільш розповсюджені діагностичні дефекти, що допускаються при встановленні чи підтвердженні діагнозу «забій головного мозку» (ЗГМ) і «дифузне аксональне ушкодження»:

- 67,3±1,12% – неповна клінічна симптоматика ЗГМ;
- 6,8±1,05% – повна відсутність такої симптоматики;
- 15,4±1,72% – непроведення КТ або ЯМРТ головного мозку.

Найбільш розповсюджені діагностичні дефекти, що допускаються при встановленні чи підтвердженні внутрішньочерепних крововиливів:

- діагноз «субарахноїдальний крововилив» не підтвердився при виконанні судово-медичних експертиз майже в половині випадків (44,44±0,93 %), зокрема, таким хворим не проводили КТ або

ЯМРТ головного мозку, а при люмбальній пункції не була отримана кров або ж люмбальна пункція не проводилася взагалі;

— діагноз «субарахноїдальний крововилив» був підтверджений у всіх випадках, коли він супроводжував підтверджений ЗГМ;

— у тих випадках, коли лікарі необґрунтовано встановлювали ЗГМ, субарахноїдальний крововилив також не був підтверджений.

Крім того, дефекти допускалися доволі досвідченими медичними працівниками. До того ж дефекти медичної допомоги (а майже всі випадки – це саме ненадання допомоги, тобто, фактично, бездіяльність медичних працівників, коли хворому були терміново показані ті чи інші заходи) у більшості випадків зустрічаються в умовах міських лікарень (особливо великих міст України), де є відповідні умови для надання медичної допомоги, більше висококваліфікованих спеціалістів різного профілю, а також існують протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «Нейрохірургія».

В. О. Ольховський,

завідувач кафедри судової медицини, медичного правознавства Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор,

І. І. Торяник,

провідний науковий співробітник Інституту мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник,

А. В. Наріжна,

асистент кафедри внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету, кандидат медичних наук,

Р. І. Бабіченко,

молодший науковий співробітник Інституту мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова

УДК 340.624.6:612+616.004

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ЖИВОНАРОДЖЕНОСТІ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ

Судово-медичне дослідження трупів новонароджених, перш за все, будується на висновках стосовно часу, умов і обставин його народження, які дають змогу експерту достатньою мірою конкретизувати життєвий *status obiectivus* (якщо це виявляється доцільним і можливим у кожному із окремих випадків)¹. Власне розв'язання проблеми живонародженості зводиться до з'ясування питання: дихав чи ні новонароджений у перші хвилини постнатального онтогенезу. Після пологів та народження із першим подихом легені дитини розправляються, певною мірою заповнюючи простір плевральної порожнини. У ході розтину виявляється, яким саме чином легені розташовуються в порожнині (частково, цілком або легені є спавшими), та чи була дитина народженою живою чи ні. Із точки зору танатології та умов проведення відповідних проб, можливі різні за ступенем методологічного втручання підходи: макроскопічна оцінка (легені мертвонародженого знаходяться в спавшому стані, темного забарвлення, щільні на дотик і займають задні відділи плевральної порожнини); гідростатична проба – «легенева» та «шлунково-кишкова» (легені та їх шматочки, а також шлунок і тонка кишка із проксимально та дистально накладеними лігатурами як такі, що утримують повітря (за умов живонародженості) у разі занурення у воду не тонуть у ній)². Однак, з огляду на цілу низку ситуативних умов, необхідно враховувати можливість впливу коректив суто реанімаційного характеру (легені можуть бути заповнені повітрям у разі маніпуляцій щодо штучного дихання) чи фатальних випадків (внутрішньоутробна, періантинаталь-

¹ Запорожченко А. А. Правовая танатология в системе общетеоретической юриспруденции // Национальный юридический журнал. Теория и практика. 2014. С. 9–14.

² Назаренко Г. И., Крикун А. А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. 2-е изд. стереотип. М.: Медицина, 2012. 544 с.