

живота із закритою черепно-мозковою та спинно-мозковою травмами.

Як бачимо, наявність протирічних висновків щодо причини настання смерті гр. Ш., зокрема, обумовила необхідність призначення повторної комісійної судово-медичної експертизи. У ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» архівний матеріал був досліджений повторно, при цьому у всіх досліджених органах були відзначені розповсюджені виражені циркуляторні розлади на рівні МЦР, крім того дистрофічні, вогнищеві некробіотичні процеси, які, враховуючи факт відсутності ушкоджень внутрішніх органів та наявність деструкції підшлункової залози, були обумовлені панкреатогенним ендотоксикозом з судинними порушеннями і змінами реологічних властивостей крові з розвитком гострого ДВЗ-синдрому. На такому несприятливому

фоні навіть незначна травма (наявність зовнішніх ушкоджень в ділянці голови та шиї) могла сприяти утворенню множинних крововиливів дисциркуляторного генезу, що і мало місце, зважаючи зокрема і на наявність алкогольного сп'яніння потерпілого. Зважаючи на викладене, експертна комісія надійшла до висновку, що смерть гр. Ш. настала внаслідок гострого деструктивного панкреатиту (панкреонекроз) на фоні алкогольної інтоксикації з розвитком шоку та ДВЗ-синдрому. Звертає на себе увагу розвиток гіпоглікемії (рівень глюкози крові-1,38 ммоль/л), що може бути пов'язаним як зі складним інтоксикаційним синдромом, так і з надмірними прийомом алкоголю, в т. ч. і внаслідок зловживання алкогольними напоями, проте висловитись більш конкретно про її причину ретроспективно неможливо.

ВИПАДКИ ПОМИЛКОВОЇ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМІВ

С. С. Бондар

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Проведення судово-медичної експертизи чи обстеження живих осіб найчастіше проводиться з приводу встановлення наявності, характеру, механізму та давності утворення, а також визначення ступеню тяжкості тілесних ушкоджень, що становить більше 90% випадків досліджень у відділі потерпілих, звинувачуваних та інших осіб. Певна кількість таких випадків потребує, окрім візуального медичного обстеження, проведення ще й інструментальних, серед яких найчастіше використовують рентгенологічне, яке проводиться при підозрі на наявність переломів.

У зв'язку з тим, що закриті неускладнені переломи щелепно-лицевої ділянки, ключиці, ребер, кінцівок, грудних чи поперекових хребців відносяться до тілесних ушкоджень середньої тяжкості за ознакою тривалого розладу здоров'я вірна діагностична ознака наявності чи відсутності переломів часто є визначальною для встановлення ступеню тяжкості тілесного ушкодження і наступної юридичної кваліфікації заподіяної здоров'ю шкоди.

Приводимо випадки помилкової діагностики переломів за матеріалами повторних комісійних експертиз.

Гр. П., 15 років, у 6 місяців був прооперований з приводу вродженої вади серця. В ранньому дитячому віці хворів рахітом II ст. з підгострим перебігом, гіпотрофією II ст., залізодефіцитною анемією, також страждає частими ГРВІ, хронічним холецистоангіохолітом, сколіозом грудного відділу хребта, хронічним бронхітом, тубінфікацією і ін. Інвалід дитинства. 28.09.2008 року отримав декілька ударів кулаком в різні ділянки тіла. 29.09.2008 року госпіталізований в дитяче відділення ЦРЛ, де було діагностовано „кровонаплив” в правій ділянці

обличчя. 03.10.2008 року з покращенням стану виписаний із відділення з заключним діагнозом: Забій м'яких тканин обличчя. Після виписки при судово-медичному обстеженні та рентгенографії черепа і грудної клітки в двох проєкціях рентгенологом ЦРЛ був діагностований перелом 4, 5 ребер зліва та можливий перелом черепа по сагітальному шву. При консультації цих же знімків рентгенологом обласного бюро СМЕ було діагностовано перелом 4-го ребра зліва та перелом тім'яної кістки зліва. На підставі цього районним судово-медичним експертом, а потім і комісійною експертизою обласного бюро СМЕ ушкодження ребра було кваліфіковано як ушкодження середньої тяжкості, а перелом кісток черепа як тяжке тілесне ушкодження. При проведенні повторної комісійної судово-медичної експертизи та ретельного аналізу історії хвороби після травми, історії розвитку дитини, інших амбулаторних карток, було встановлено, що консолідований перелом 4,5 ребер зліва є наслідком проведеної операції на серці у 6-ти місячному віці, а зміни в кістках склепіння черепа є нетравматичного характеру. Можливо, ці зміни пов'язані з перенесеним рахітом. В підсумку у потерпілого П. було діагностовано легкі тілесні ушкодження на підставі наявності синців в ділянці обличчя, виявлених при першому судово-медичному обстеженні.

Нам також траплялися і інші випадки помилкової діагностики переломів черепа, за які сприймалися деякі анатомічні індивідуальні особливості будови черепа.

03.03.2008 року між громадянином Г. і його знайомою гр. К. виник конфлікт під час їхнього перебування в салоні автомобіля марки «BMW» в ході якого гр-ка К. начебто завдала йому удар каблуком

чобітка в ділянці поперекового відділу хребта. 04.03.2008 року було проведено судово-медичне обстеження в амбулаторії обласного бюро СМЕ, при якому було виявлено блідо-червоний синець овальної форми, 3х7 см в лівій поперековій ділянці. Згідно консультативного заключення рентгенолога, проведеного за результатами рентгенівських знімків поперекового відділу хребта у двох проекціях від 11.03.2008 року – у гр. Г. виявлений перелом остистого паростку V поперекового хребця з розходженням відламків. На підставі цього експерт встановив, що гр-ну Г. було нанесено тілесні ушкодження середньої тяжкості. При проведенні комісійної судово-медичної експертизи по цьому випадку в обласному бюро СМЕ був встановлений легкий ступінь тяжкості тілесного ушкодження з короточасним розладом здоров'я на підставі відсутності клінічних проявів травми. При повторній комісійній судово-медичній експертизі відносно гр. К. при дослідженні цих же рентгенівських знімків травматичних змін не було виявлено, а натомість мало місце незарощення

правого суглобового паростку тіла V поперекового хребця і остистого паростку першого крижового хребця (spina bifida). Як відомо, це є вродженою патологією розвитку хребта.

Аналізуючи ці та інші подібні випадки, можливо констатувати, що причинами помилкової рентгендіагностики переломів є:

- Неуважне вивчення чи навіть не вивчення взагалі лікарями- рентгенологами протокольних частин «Акту судово-медичного дослідження» чи «Висновку експерта»;
- Неврахування лікарем-рентгенологом нетипових обставин випадку;
- Недостатній і низький рівень кваліфікації деяких рентгенологів, особливо в ЦРЛ.

Потрібно відмітити, що при сумнівних випадках наявності перелому та для з'ясування характеру змін кісток черепа і для отримання додаткової об'єктивної інформації необхідно проводити обстеження потерпілих шляхом СКТ з 3D реконструкцією.

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ДВОХМОМЕНТНОГО РОЗРИВУ СЕЛЕЗІНКИ

Науменко В. М., Зозуля В.М.

Житомирський ОКЗ „Бюро судово-медичної експертизи”

Згідно постанови слідчого «15 жовтня 2009 року близько 17 годин ... водій З. керуючи автомобілем VOLVO V70 XC ... виїхав на смугу зустрічного руху, де здійснив зіткнення з автомобілем CHERY EASTAR B11 ... під керуванням водія Д., який рухався в зустрічному напрямку.

На експертизу була представлена медична карта стаціонарного хворого з якої вбачалося, що гр. Д. знаходився на стаціонарному лікуванні в ЦМЛ №2 м. Житомира з 15.10.2009 року по 18.10.2009 року з діагнозом: «ЗЧМТ. Струс головного мозку. ЗТГК. Забій легень, серця. Закрита травма живота. Забій передньої черевної стінки. Закритий перелом шийки правого стегна. Закритий двох кістчковий перелом лівої гомілки, закритий перелом лівої великогомілкової кістки в нижній третині, закритий перелом лівого надколінника із зміщенням фрагментів. Травматичний шок I-II ст.». Доставлений 15.10.2009 року о 18.30 з діагнозом: «Закритий перелом гомілки, коліна, лівої нижньої кінцівки. Забій грудної клітки. Перелом ребер. ЗЧМТ. Струс головного мозку (супровідний лист №1385 при АТ 110/60 мм.рт.ст.). При огляді консилиумом лікарів 15.10.2009 року о 18.35: хворий в свідомості. Загальний стан важкий. Зі слів: ДТП, водій, дві машини лоб в лоб. Скарги на біль в лівій гомілці, правому кульшовому суглобі, біль в ділянці реберних дуг, задишку, біль чола. Вживання алкоголю заперечує. Шкірні покрови блідо-рожеві, сухі. АТ 118-120/70 мм.рт.ст. Пульс 78 уд/хв., ритмічний. Серцеві тони ритмічні, дихання зліва везикулярне, ослаблене в нижніх відділах. Справа дихання везикулярне до

4 міжребер'я, нижче ослаблене, хрипи поодинокі. Живіт приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який в нижніх відділах, болючий в обох підребер'ях. В ділянці реберних дуг садна шкіри, крововиливи. Перистальтика вислуховується. Гази не відходять. Права нижня кінцівка ротована дозовні, болюча в ділянці правого кульшового суглобу, укорочення 5 см по відношенню до лівої. Набряк м'яких тканин лівого колінного суглобу, деформація лівого гомілково-ступневого суглобу. Патологічна рухливість в гомілково-ступневому суглобі. Діагноз: «Політравма: закрита травма живота. Закрита травма грудної клітки. Закритий перелом шийки правого стегна. Закритий перелом лівого надколінника. Закритий перелом лівого гомілково-ступневого суглобу. Травматичний шок I-II ст. Струс головного мозку». Призначено дообстеження та лікування. 15.10.2011 року 18.50-19.10 операція: лапароцентез: виділень повітря, крові немає. Поставлено дренаж. По дренажу введено 200 мл фіз.розчину і 100 мл фурациліну. Виділилось 100 мл прозорої рідини, патологічних виділень немає. Проведено пункцію плевральної порожнини справа – крові, повітря не отримано. На рентгенограмі ОГК високе стояння купола діафрагми печінки. Діагноз: «Забій передньої черевної стінки. Забій грудної клітки. Розрив правого купола діафрагми? Закритий перелом лівого гомілково-ступневого суглобу. Закритий перелом правого стегна. Травматичний шок I-II ст. Струс головного мозку». УЗД 15.10.2009 року візуалізація органів черевної порожнини неможлива через підвищену пневматизацію органів черевної