

Література

1. **Соседко Ю.И.** Судебно-медицинская экспертиза при перегревании организма. М.: ООО Издательство “Юрлитинформ”, 2002. – 152 с.
2. **Пермяков А.В.** Судебно-медицинская гистология / А.В. Пермяков, В.И. Витер // Руководство для врачей. – Ижевск; Экспертиза, 1998. – 208с.
3. <http://opogode.ua/ua/video/2013-11-14-2013-bie-tiempieraturni-riekordi-vmo-vidieo>
4. <http://pogoda.meta.ua/Chernivetska/Chernivetski/Chernivtsi/2013-06-16/>

УДК 616.155.392-036.11-091.5:340.66

**ОСОБЛИВОСТІ ІНТРАДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ
ПРИ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗАХ**

**В.Т. Бачинський¹, О.Г. Паливода¹, О.В. Павлюкович¹,
Н.В. Тимошук², Шкрумеда О.І.¹**

(¹ - Чернівецьке обласне бюро судово-медичної експертизи,

² - кафедра судової медицини та медичного правознавства Буковинського державного медичного університету)

Резюме. Приймаючи до уваги значне збільшення чисельності онкологічних захворювань серед населення України, поряд з цим і злоякісних захворювань крові із розвитком оболонкових крововиливів та гематом, зростає кількість експертиз даних випадків у практичній діяльності судово-медичних експертів.

Ключові слова: інтрадуральна гематома, лейкоз, захворювання.

Вступ. Останнім часом у всьому світі набувають більшого поширення злоякісні захворювання крові, зокрема, які в своєму патогенезі призводять до виникнення інтрадуральних гематом, які при неповній та несвочасній прижиттєвій діагностиці, за часто сприймаються як внутрішньочерепні травми із розвитком під оболонкових крововиливів, утруднення лікування даних пацієнтів та збільшенню кількості смертельних випадків.

Мета дослідження. Звернути увагу на практичний випадок смерті від гострого мієлобластного лейкозу з розвитком дифузних інтрадуральних гематом, як такий, що є поодиноким у практичній діяльності відділу судово-медичної експертизи трупів бюро судово-медичної експертизи, а в значній мірі зустрічаються у практичній діяльності обласних патолого-анатомічних бюро.

Матеріал і методи. Проведення судово-медичної експертизи трупа гр. Д, 1937р.н., у морзі відділу судово-медичної експертизи трупів Чернівецького обласного бюро судово-медичної експертизи із застосуванням гістологічного дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні судово-медичної експертизи трупа гр. Д., 1937р.н., було встановлено, що останній помер в нейрохірургічному відділенні Лікарні швидкої медичної допомоги м.Чернівці 29.10.2013 року. З представленої на дослідження медичної карти стаціонарного хворого гр. Д, 1937 р.н., вбачається, що останній 26.10.2013 року о 17.30 годині поступив в реанімаційне відділення Лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці за направлення Хотинської центральної районної лікарні, де проходив лікування з 21.10.2013 року з приводу лівобічної пізньої підгострої субдуральної гематоми. При огляді лікарем приймального відділення встановлено, що стан хворого важкий, свідомість на рівні сопору. Зі слів родичів захворів раптово 21.10.2013 року коли з'явилась слабкість, головна біль, зниження сили в правих кінцівках. Об'єктивно шкірні покриви тіла чисті, бліді, набряки відсутні, температура тіла 36,7 С. Язик сухий. Дихання везикулярне. Тони серця чисті, ритмічні. Пульс 104 уд за 1 хв, ритмічний. АТ 110/70 мм рт.ст. Дані комп'ютерної томографії голови: виявлено лівобічну пізню підгостру субдуральну гематому, ускладнену мас-ефектом на серединні структури мозку. Огляд чергового нейрохірурга: загальний стан хворого важкий. Без свідомості. Об'єктивно обличчя симетричне. Позитивний симптом Бабінського з обох сторін. Слідів травми на голові не виявлено. Діагноз: Підгостра субдуральна гематома лівої гемісфери головного мозку. Хворий з приймального покою доставлений у відділення анестезіології з палатами інтенсивної терапії. О 19.20 годин пацієнту проведено оперативне втручання з приводу видалення хронічної субдуральної гематоми. Виявлено та видалено хронічну субдуральну гематому лівої гемісфери в об'ємі біля 200,0мл. Ускладнень не було. Хворого переведено у нейрохірургічне відділення. 29.10.2013 року 10.40 годин: загальний стан хворого різко погіршився. Без свідомості. Акроціаноз. Пульс на периферії не визначається. АТ 40/0 мм рт.ст. Дихальні рухи грудної клітки не відмічаються. Розпочато реанімаційні заходи, які позитивного результату не дали та о 11.10 годині констатовано смерть. Хворим у стаціонарі проведено 3 ліжко-дня. Діагноз клінічний заключний: Хронічна субдуральна гематома лівої гемісфери головного мозку.

При візуальному дослідженні кісток склепіння черепа на світлі, виявлено чисельні, дифузно розташовані, плямисті крововиливи з синюшним відтінком у товщу їх губчастої речовини. Тверда мозкова оболонка гладка, блискуча, з чередуванням ділянок темно-червоного та рожевого кольору, легко відділяється від кісток основи та склепіння черепа. Крововиливи в товщу твердої мозкової оболонки, що розташовані між зовнішнім і внутрішнім її листками, плямистого характеру із нерівними краями, інтенсивно-забарвленим центром та нечіткою периферією, переривчастого характеру, що розташовані: в правій тім'яній ділянці з темно-червоним центром та рожево-червоною периферією, представлений рідкою кров'ю, на ділянці розмірами 6,0x12,0x0,3см, об'ємом біля 4,0мл; у лобній ділянці справа із іржаво-червоного кольору центром та біло-червоною периферією, представлений рідкою кров'ю та згортками, на ділянці розмірами 3,5x4,0x0,2см, об'ємом біля 1,0мл; у лобній ділянці зліва, лівій скроневій та лівій тім'яній ділянках, що представлений згортком крові буро-червоного кольору із вологою поверхнею, еластичним, який частково фіксований до листків твердої мозкової оболонки, пігментує останні, на ділянці розмірами 8,0x14,0x0,9см, об'ємом біля 70,0мл. М'яка мозкова оболонка значно набрякла. Борозни та звивини мозку згладжені. Речовина мозку на розрізах з цятковими, дифузними крововиливами в товщу, щільно прилипає до леза ножа.

Реберні хрящі розсікаються легко, при розпилі тіла грудини кістковий мозок представлений буро-червоного кольору, однорідною желеподібною масою. Грудина розпилюється легко. У порожнинах серця міститься помірна кількість рідкої, темно-червоної крові. Селезінка розмірами 14,8x9,0x6,5см, капсула її ціла, напружена, поверхня гладка, тканина на розрізах рожево-вишневого кольору, помірного кровонаповнення, дрябла, дає надмірний зішкріб пульпи. Наднирники листоподібної форми, розмірами по 4,5x2,8x0,7см, кірковий та мозковий шари буро-жовтого кольору, межа між шарами відсутня, тканина дрябла, розшаровується при стисканні. Тканина печінки на розрізах помірного кровонаповнення, іржаво-червоного кольору, однорідна, дрябла, легко розпадається при стисканні.

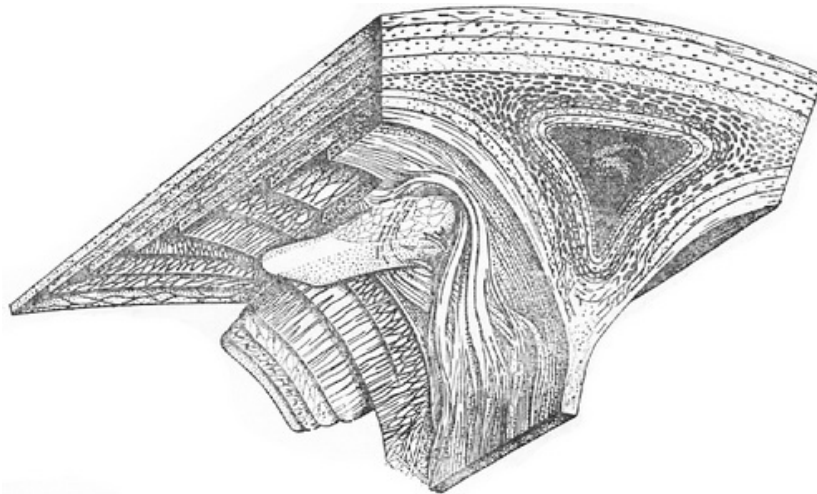
Отримано наступні дані судово-гістологічного дослідження: Головний мозок – артерії речовини головного мозку нерівномірно кровонаповнені чередуванням ділянок спазмування та розширення, в просвіті еритроцити з чіткими та напівчіткими контурами, забарвлені в помаранчевий колір. Вени спавші, малокровні, в просвіті поодинокі елементи червоної крові. Стінки судин набряклі, стінки дрібних судин місцями інфільтровані недиференційованими лейкозними клітинами. Нейрони різних розмірів, різної форми. Периваскулярні та перичелюлярні простори в речовині головного мозку розширені. Відмічаються вогнищеві та діapedезні крововиливи, в речовині головного мозку, представлені елементами червоної крові, з напівчіткими контурами, частково з домішкою поодиноких елементів білої крові. М'які мозкові оболонки не збережені на протязі препарату. Тверда мозкова оболонка - №1 з лобної ділянки – розшарована, набрякла, містить вогнищеві крововиливи, представлені елементами червоної крові, з напівчіткими контурами, субтотально з домішкою поодиноких елементів білої крові. Вогнищеві краї оболонки інфільтровані лімфоцитами. Тверда мозкова оболонка - №2 з правої тім'яної ділянки – розшарована, набрякла, в клітинах волокон каріолізіс, містить вогнищеві крововиливи, представлені елементами червоної крові, з напівчіткими контурами, місцями з домішкою поодиноких елементів білої крові. Тверда мозкова оболонка - №3 з лівої тім'яної ділянки – розшарована, набрякла, в клітинах волокон каріолізіс, містить великовогнищевий крововилив, представлений елементами червоної крові, з нечіткими контурами, з домішками елементів білої крові. Серце – артерії нерівномірно кровонаповнені, в просвіті їх елементи червоної крові, стінки їх потовщені за рахунок розростання сполучної тканини. Помірне кровонаповнення вен. Малокров'я мікроциркуляторного русла міокарда. Набряк строми, периваскулярне розростання зрілої сполучної тканини. Кардіоміоцити з рожевою цитоплазмою, ядра в них збережені. Легені – судини розширені, повнокровні, в просвіті еритроцити з чіткими контурами, стінки їх набряклі. Строма набрякла. Альвеолярні простори розширені, просвіт їх вогнищеві заповнений серозним вмістом. Міжальвеолярні перетинки витончені та розірвані. Селезінка – артерії спазмовані, малокровні, просвіт їх звужений. Стінки різко потовщені. Вени спавші, малокровні, в просвіті майже не міститься елементів крові, окрім невеликої кількості еритроцитів. Різке малокров'я мікроциркуляторного русла. Має місце проліферація мієлобластних клітин. Печінка – артерії та вени малокровні, в просвіті поодинокі еритроцити. Малокров'я мікроциркуляторного русла. Набряк строми. Гепатоцити частково збільшені в розмірах, цитоплазма їх субтотально містить включення у вигляді жирових вакуоль, ядра при цьому зміщені до периферії. Мають місце дрібні вогнища екстрамедулярного кровотворення. Нирка – артерії малокровні, вени розширені малокровні, капіляри як мозкового так і кіркового шару малокровні, стінки судин потовщені за рахунок склерозу. Строма різко набрякла. Клубочки різних розмірів, переважно округлої форми, епітелій їх набряклий вогнищеві дистрофічно змінений. Епітелій звивистих канальців нирки набряклий, субтотально некротизований. Наднирник – в препараті наднирник, зовні покритий сполучнотканинною капсулою, яка дещо розшарована та набрякла. Кіркова речовина сформована з тяжів, які представлені епітеліальними секреторними клітинами, між якими розташовуються кровеносні судини, артерії та вени переважно розширені та повнокровні. В кірковій речовині межі між клубочковою, пучковою та сітчастою зонами розрізняються. В мозковій речовині між клітинами наявні широкі венозні синуси. Грудина – виражена клітинна триросткова гіперплазія, що витісняє жир, а також мегакаріоцитоз; практично відсутні клітини червоного ростка, має місце проліферація клітин у вигляді мієлобластів та мієлоцитів. Заключення: деякі морфологічні ознаки лейкозу в кістковому мозку, головному мозку, печінці, селезінці; вогнищеві крововиливи в речовину головного мозку та тверду мозкову оболонку; набряк головного мозку та легенів; жирова дистрофія гепатоцитів; нефронекроз; дистрофічні зміни паренхіматозних органів; периваскулярний кардіосклероз, що

відповідає даним літератури [1,2].

Враховуючи морфологічні особливості інтрадуральних крововиливів та гістологічну їх картину слід вважати про послідовне їх виникнення, у різні проміжки часу до моменту настання смерті.

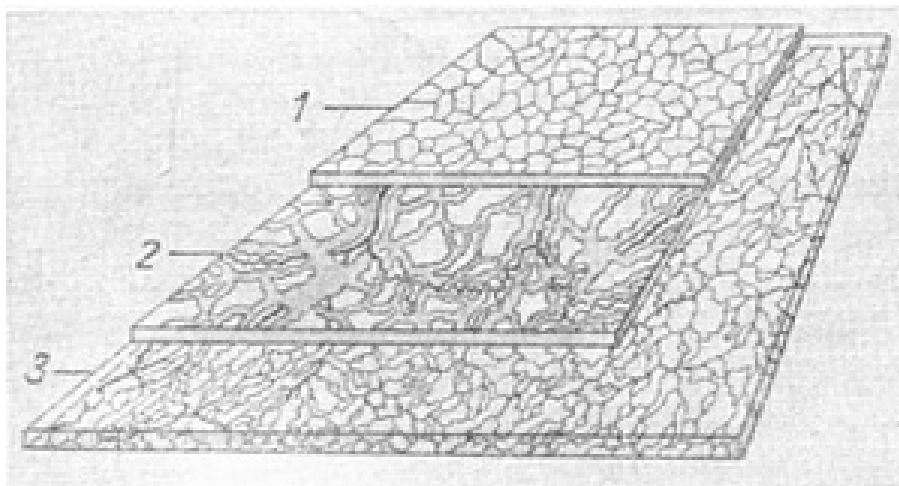
Такий вигляд інтрадуральних гематом, обумовлений будовою твердої мозкової оболонки. Остання розділяється на два більш-менш щільних, зрощених між собою листка, із яких зовнішній являється надкістницею черепних кісток. Кожний із листків розділяється на шари. У всіх шарах переважають колагенові волокна. Вони зібрані в пучки, що розміщені у кожному із шарів паралельно. У суміжних шарах пучки пересікаються, утворюючи решітку. Колагенові пучки оточені аргрофільними волокнами. Еластичні волокна твердої оболонки головного мозку утворюють єдину сітку, яка пронизує усі її шари і лише згущується на внутрішній і зовнішній поверхнях оболонки. Зі сторони субдурального простору тверда оболочка вистелена ендотелієм. Під час проведення оперативного втручання хірургами було виконано розтин зовнішнього листка твердої мозкової оболонки, видалена гематома. Внутрішній листок залишився неушкодженим, останній макроскопічно прозорий. Витоку крові у субдуральний простір, над павутинною та м'якою мозковими оболонками не відбувся.

Різні ділянки листків функціонують пристосовано до механічного навантаження. Волокна розміщуються в них по напрямленню виникаючих напружень. Прикладом такої функціональної пристосованості являється прилягаючий до верхнього повздожнього синусу ділянка оболонки, в склад якої входять вісім шарів [3] (мал. 1).



Мал. 1. Схема волокнистої конструкції твердої мозкової оболонки людини в ділянці верхнього повздожнього синусу (по Віммеру)

Кровоносні судини твердої оболонки головного мозку утворюють три сітки (мал. 2).



Мал. 2. Схема васкуляризації твердої мозкової оболонки людини (по Н. Я. Васіну)

1) зовнішню сітку капілярів, 2) артеріовенозну сітку і 3) внутрішню сітку капілярів

Зовнішня сітка капілярів розташовується найбільш поверхнево, в безпосередньому сусідстві із епідуральним простором головного мозку. Артеріовенозна сітка залягає у внутрішній частині зовнішнього листка твердої оболонки, де сконцентровані великі артерії і вени. Сильно звивисті «штопороподібні» артерії супроводжуються по сторонах парними і, як правило, значно більш широкими венами. Судинні пучки дихотомічно галузяться. В деяких місцях парні вени замінюються надмірно густою венозною сіткою, яка

оточує артерію. За допомогою гілок артеріовенозна сітка з'єднана із зовнішньою і внутрішньою сітками капілярів. Внутрішня сітка капілярів розміщена під ендотелієм, який вистеляє звернену до субдурального простору поверхню твердої оболонки. Ця сітка відрізняється значною густиною і по ступеню розвитку набагато переважає зовнішню сітку капілярів. Для внутрішньої сітки капілярів характерні мала протяжність її артеріальної частини і значно більша протяжність і петлеподібність венозної частини капілярів.

Таким чином смерть гр. Д., 1937р.н. настала у результаті набряку та набухання речовини головного мозку як ускладнення наявного при житті гострого мієлобластного лейкозу з розвитком дифузних інтрадуральних гематом.

Вище описаний випадок із практики має великий практичний інтерес з точки зору морфологічних особливостей інтрадуральних гематом, при онкологічних захворюваннях крові, як нетипові, щодо тих які зустрічаються при внутрішньочерепних травмах.

У свою чергу слід проводити чітку диференціальну діагностику черепно-мозкової травми з оболонковими гематомами, причиною яких є ушкодження спричинені твердими тупими предметами з відповідною неврологічною симптоматикою, даних комп'ютерної томографії голови та рентгенологічного дослідження кісток черепа, наявними іншими тілесними ушкодженнями, виявлених при зовнішньому-дослідженні трупа, та злоякісними захворюваннями крові з розвитком інтрадуральних гематом, на користь яких може свідчити сама їх локалізація – інтрадурально, відсутність даних за травму при житті, наявність обтяжливого онкологічного анамнезу, гострий розвиток захворювання на фоні повного благополуччя, а також дані загального аналізу крові, зокрема даних лейкоцитарної формули.

Висновок. Слід пильніше проводити судово-медичні експертизи трупів осіб, що померли у результаті наявних при житті онкологічних захворювань крові, що супроводжуються виникненням оболонкових крововиливів із застосуванням усіх можливих додаткових методів дослідження, проводити їх диференціальну діагностику із внутрішньочерепною травмою.

Література

1. **Перехрестенко П.М.** Стан захворюваності злоякісними новоутвореннями лімфатичної та кровотворної тканини населення України / **Перехрестенко П.М., Назарчук Л.В., Федоренко З.П., Суханова Т.Г.** // Укр. журнал гематології та трансфузіології – Київ, 2003. – №4. - С. 5-10.
2. **Глузман Д.Ф.** Діагностика лейкозов. Атлас и практическое руководство / **Глузман Д.Ф., Абраменко И.В., Склярченко Л.М., Надгорная В.А.** – Киев, 2000. – 224 с.
3. www.medical-enc.ru/m/12/mozgovye-obolochki.shtml

ОСОБЕННОСТИ ИНТРАДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ

**В.Т. Бачинский, О.Г. Паливода, А.В. Павлюкович,
Н.В. Тимошук, Е.И. Шкрумеда**

Резюме. Принимая во внимание значительное увеличение численности онкологических заболеваний среди населения Украины, наряду с этим и злокачественных заболеваний крови с развитием оболочечных кровоизлияний и гематом, растет количество экспертиз данных случаев в практической деятельности судебно-медицинских экспертов.

Ключевые слова: Интрадуральные гематомы, лейкоз, заболевания.

FEATURES INTRADURALNYH HEMATOMA IN ACUTE LEUKEMIA

**V.T. Bachynskiy, O.H. Palyvoda, O.V. Pavlyukovych,
N.V. Tymoshchuk, O.I. Shkrumeda**

Summary. Desire oncologists to unanimity on the nature and biological nature of cancer and the understanding of the issues as diagnosis, prognosis and treatment of patients using modern circuits and methods that meet international standards. To assess the range and nature of existing forms of tumors, their histogenesis, morphological structure, localization, structure features in certain organs and purity or malignancy, the international classification, according to which the selected 7 major groups of tumors in general is about 300 nosological units. Dura of the brain is divided into two more or less tightly interlocking leaf of which is the outer periosteum of the cranial bones. Each leaf is divided into layers. All layers of collagen fibers predominate. They gathered in clusters located in each of the layers in parallel. In the adjacent layers of the beams intersect, forming a lattice. Collagen bundles braided argyrophil fibers. Taking into account the significant increase in the number of cancer among the population of Ukraine, along with the malignant

blood diseases with the development of hemorrhage and hematoma shell, the number of examinations in these cases the practice of forensic experts.

Keywords: intraduralna hematoma leukemia disease.

УДК 61:02-12/1057-3

ДОСВІД РОБОТИ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТІВ ПРИ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНОЇ ПРИГОДИ З МАСОВОЮ ЗАГИБЕЛЛЮ

ПАЛОМНИКІВ У ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Потапенко І. В., Касай Є. М.

КЗ «Чернігівське обласне бюро судово-медичної експертизи»

Резюме. У статті викладені актуальні питання щодо організації роботи судово-медичної служби в умовах надзвичайних ситуацій з масовими жертвами людей, що виникають при ідентифікації осіб, визначенні причини смерті, часу її настання, механізму утворення тілесних ушкоджень тощо.

Ключові слова: судово-медична експертиза, ідентифікація, масова загибель людей, надзвичайні ситуації.

ВСТУП

Масова загибель людей у випадках дорожньо-транспортної пригоди, потребує особливого підходу до організації роботи судово-медичної служби, оскільки передбачає проведення відповідного обсягу судово-медичних досліджень для ідентифікації осіб, встановлення причини смерті, часу її настання, виду й механізму утворення тілесних ушкоджень [1-4].

Проведення повного обсягу необхідних судово-медичних досліджень у даному випадку ускладнюється наявністю значного обсягу тілесних ушкоджень на трупах загиблих, що, в свою чергу, зумовлює часткову втрату деяких ідентифікаційних ознак.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

05 липня 2012 року з с. Великі Луки, Псковської області (Росія) виїхав автобус з російськими туристами, що прямували до України з метою паломництва по святих місцях, зокрема планували відвідати Києво-Печерську та Почаївську лаври. Під час поїздки, організованої паломницькою службою с. Великі Луки, у двоповерховому пасажирському автобусі “Scania” загалом перебувало 43 людини (41 пасажир та 2 водія).

07 липня 2012 року приблизно о 5:30 ранку за місцевим часом на 119 км автодороги Київ-Чернігів-Н.Яриловичі між с. Красне та с. Топчіївка Чернігівського району водій зазначеного автобусу, не впоравшись з керуванням, допустив виїзд на зустрічну смугу руху. Оскільки протилежні смуги руху в даному місці дороги мали розділювальну смугу лише у вигляді двох суцільних паралельних горизонтальних ліній, а узбіччя не обладнане будь-якими демпферними системами безпеки, автобус, маючи значну кінетичну енергію, продовжив інерційний рух в напрямку лівого узбіччя, де перекинувся у кювет, що на даному відрізку автошляху знаходиться приблизно на 2,5 м нижче рівня дорожнього полотна.

В найкоротший час були задіяні близько 10 машин швидкої допомоги та пожежні команди, направлені для рятування потерпілих. Розслідуванням трагедії займалося Управління міністерства внутрішніх справ Чернігівської області разом з Прокуратурою Чернігівської області. З самого початку висувалося декілька версій причини аварії: технічна несправність автобусу або помилка водія. Процес пошуку причин трагедії ускладнювало те, що вона сталася у дуже ранній час коли майже всі пасажирів та другий водій спали.

Внаслідок дорожньо-транспортної пригоди на місці загинуло 14 чоловік (усі – особи жіночої статі) і постраждало 29. Через 2 доби у лікарні померла ще одна жінка, таким чином збільшивши кількість загиблих до 15 чоловік. Всім постраждалим первинно надавали допомогу лікарі бригади швидкої медичної допомоги. Особи, щодо життя та здоров'я яких існувала загроза, – невідкладно транспортувалися до Чернігівської міської лікарні №2, де згідно наказу начальника Управління охорони здоров'я Чернігівської обласної державної адміністрації було створено профільні бригади лікарів з надання екстреної хірургічної та реанімаційної допомоги постраждалим.

Робота, пов'язана з дорожньо-транспортною пригодою, була покладена на співробітників Міністерства з надзвичайних ситуацій Чернігівської області, які вилучили з місця події тіла та множинні фрагменти тіл загиблих людей. Разом зі слідчо-оперативною групою та співробітниками МНС на місце пригоди одними з перших також прибула група з 5 судово-медичних експертів Чернігівського обласного бюро судово-медичної експертизи на чолі з начальником бюро Потапенко І.В. В найкоротший час було організовано прийом і сортування тіл загиблих, відповідне оформлення документів. Основна робота, пов'язана з експертизою трупів загиблих осіб, була розгорнута на базі Чернігівського обласного бюро судово-медичної експертизи та 1-го Чернігівського відділення обласного патологоанатомічного бюро.

З 7 години ранку 07 липня 2012 року було організовано прийом трупів до моргу, їх відповідне сортування на відомих та невідомих осіб. Зберігання трупів, проводилося в холодильній камері моргу, де, незважаючи на значну кількість загиблих та вже наявних тіл, виявилось достатньо місця для їх розташування та зберігання: на той час вона могла вмістити близько 30 тіл.