

Е.П.Авраменко

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СУДЕБНО - БИОХИМИЧЕСКОГО И СУДЕБНО - ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕМАТОМ (Тезисы доклада, г. Тюмень)**

В судебно-медицинской экспертной практике закрытая черепно-мозговая травма в виде различных внутричерепных гематом занимает значительное место. Крайне актуальным для следственных органов при проведении таких судебно-медицинских экспертиз является установление давности образования гематом. Решение этого вопроса складывается из детального макроскопического описания гематомы и окружающих ее тканей, судебно-гистологического исследования гематомы и окружающих ее тканей, а также биохимического исследования гематомы для установления содержания в ней метгемоглобина.

Некоторые авторы (Г.В.Недугов, СМЭ №5,2010г.) предлагают использовать для установления давности образования гематом по содержанию в них метгемоглобина созданную ими логарифмическую регрессионную модель. Но они при этом не учитывают возможности влияния на результат исследования таких факторов, как подтекаемость гематомы и ее объем, а в связи с этим и условия взятия материала на исследование, центральная или периферийная часть гематомы.

На практике, чаще всего, эксперт имеет дело как с подтекающими гематомами объемом от 50 до 200 мл, так и с небольшими (3-5 мл) хорошо сформированными гематомами.

Отдельно стоят гематомы, изъятые от лиц погибших в стационаре после проведения ряда реанимационных мероприятий. Эти случаи особенно сложны для оценки результатов судебно-биохимических исследований. В таких случаях особенно важным становится сочетанная оценка результатов биохимического и гистологического исследований.

Целью нашей работы было сравнение результатов параллельных биохимических и гистологических исследований. При этом сравнивались результаты определения содержания метгемоглобина при судебно-биохимическом исследовании (методом Evvelyn and Malloy в модификации Кушаковского) для 90 гематом и результаты судебно-гистологического исследования для 82 гематом (несовпадение количества гематом объясняется взятием части их в архив гистологами). Результаты представлены в таблице 1.

При исследовании гематом от погибших в стационаре необходимо обращать внимание на время пребывания в стационаре, количество и качество проведенных реанимационных мероприятий. Особенно важно при оценке результатов судебно-биохимических исследований учитывать внутривенное введение растворов глюкозы, т.к. последняя является очень сильным восстановителем. В этих случаях давность образования гематомы не будет соответствовать времени прижизненного пребывания в стационаре.

Исходя из нашего опыта в случаях исследования гематом большого объема крайне важно забирать на исследование центральную и периферическую части гематомы. Разница в содержании метгемоглобина может являться дополнительным критерием давности образования гематомы. Исследование контрольной крови из мозговых синусов отсекает новообразование метгемоглобина в процессе хранения трупа не холоде.

Расхождение данных судебно-биохимического и судебно-гистологического исследований чаще всего обусловлено забором разных частей гематомы, а в случаях исследования «больничных» гематом - влиянием реанимационных мероприятий

Из таблицы также следует, что наибольшее совпадение результатов наблюдается в случаях исследования гематом с небольшим сроком давности (от 3 до 6 часов), прежде всего, по причине большего количества этих случаев и большей точности здесь судебно-биохимических исследований (отсутствие восстановительных процессов).



**ТАБЛИЦА 1**

<b>№ п/п</b>	<b>Сроки давности гематом</b>	<b>Количество судебно-биохимических исследований</b>	<b>В % к числу исследованных гематом (90)</b>	<b>Количество судебно-гистологических исследований</b>	<b>В % к числу исследованных гематом (82)</b>	<b>Количество совпадений результатов</b>	<b>% совпадения результатов по отношению к числу исследованных гематом</b>
<b>1.</b>	<b>От 3 до 6 час</b>	<b>64</b>	<b>71 %</b>	<b>41</b>	<b>50%</b>	<b>41</b>	<b>50 %</b>
<b>2.</b>	<b>От 7 до 24 час</b>	<b>6</b>	<b>6,7%</b>	<b>15</b>	<b>18%</b>	<b>5</b>	<b>6 %</b>
<b>3.</b>	<b>От 2 до 10 суток и более</b>	<b>15</b>	<b>18%</b>	<b>30</b>	<b>36%</b>	<b>10</b>	<b>12,2%</b>
<b>4</b>	<b>Общее количество гематом</b>	<b>90</b>		<b>82</b>			<b>для 82 случаев</b>

**Совпадения результатов - 67,2%**

**СЛУЧАИ СМЕРТИ В СТАЦИОНАРЕ**

Всего сравнивалось гематом - **82**

Смерть в стационаре - **10**

Совпадение результатов с/биохимических и с/гистологических исследований – 6 случаев - **60%**

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СУДЕБНО – МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ - ТАНАТОЛОГОВ**

- 1. Забирать (для больших гематом) центральную и периферическую части как для гистологического так и судебно-биохимического исследований;**
- 2. Для гистологического и судебно-биохимического исследований забирать части гематом расположенные рядом;**
- 3. Для судебно – биохимического исследования забирать в обязательном порядке кровь из синусов ТМО ( для корректировки новообразования метгемоглобина)**

## Рекомендации для взятия на судебно – гистологическое исследование

**1. Судебно-медицинскому эксперту следует: правильно оформлять направление на судебно-гистологическое исследование, при этом обязательно указать всю имеющуюся информацию – обстоятельства дела, сведения о давности наступления смерти; указать характер оказанной медицинской помощи, время пребывания в стационаре, полный клинический и патологоанатомический диагнозы, описать макроскопическую картину повреждений мягких тканей с указанием предположительной давности кровоизлияния (кровоподтека).**

**2. Правильно произвести забор аутопсийного материала для гистологического исследования. Для этого кусочки мягких тканей вырезают в центре кровоизлияния и на его границе с неизменной тканью, СДГ так же вырезают на границе с неизменной зоной.**

**Проблемы с внутренней-внешней поверхностью ТМО не возникают, если правильно ориентировать и «упаковать» оболочку перед фиксацей. Вот наш способ:**

- берется «малый» кружок (7 см) или полоска фильтровальной бумаги
- вырезается участок ТМО и укладывается на бумагу внутренней блестящей (менинготелиальной) стороной вверх
- бумага вместе с оболочкой заворачивается рулоном (наподобие рулета)
- все вместе фиксируется в жидкости (формалин или др. фиксатор). Если бумага разворачивается, намотать на нее 3-4 оборота нитки (шовного материала)
- после фиксации можно бумагу с препарата снять и сделать вырезку толщиной напр. 0,5 см - оболочка будет в виде рулета, ее внутренняя поверхность обращена внутрь.

**Гистопрепарат будет в виде спирали. На одном стекле поместится около 6 см длины оболочки. .**

**Если не хочется повреждать гематомы над или под ТМО при снятии фильтровальной бумаги, можно делать вырезку вместе с бумагой - она в микропрепарате не мешает.**

**P.S. То же делаем с пищеводом и с желудком (вариксы пятна Вишневского...)**

