

ISSN 2541-7630

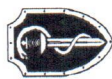


**СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА:
ВОПРОСЫ, ПРОБЛЕМЫ,
ЭКСПЕРТНАЯ ПРАКТИКА**

2018, Выпуск 4(25)

г. Новосибирск, 7-8 июня 2018 г.

Межрегиональное общественное объединение (ассоциация)
"Судебные медики Сибири"



**СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА:
ВОПРОСЫ, ПРОБЛЕМЫ, ЭКСПЕРТНАЯ ПРАКТИКА**
2018 г., выпуск 4 (25)

Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию
Межрегионального общественного объединения (ассоциации)
"Судебные медики Сибири"
г. Новосибирск, 7–8 июня 2018 г.

Редакционная коллегия:

В.П. Новоселов – докт. мед. наук, профессор
(гл. редактор), г. Новосибирск
А.Б. Шадымов – докт. мед. наук, профессор, г. Барнаул
С.В. Савченко – докт. мед. наук, профессор, г. Новосибирск

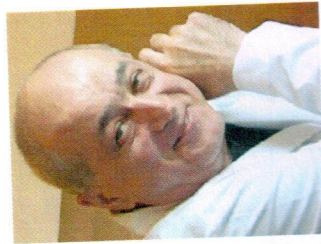
Периодическое продолжающееся издание

Основано в 1994 г.
Входит в систему Российского индекса научного
цитирования (РИНЦ) на платформе eLibrary.ru.
Адрес редакции: 630087,
г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 134.
Тел./факс: (383) 346-00-19.
E-mail: nokbsme@nso.ru

Издатель: STT Publishing
Россия, 630090, г. Новосибирск,
ул. Золотодолинская, 13–40.
Тел.: (383) 333-2154.
E-mail: stt@sttonline.com

При использовании материалов ссылка обязательна.

Отцы-основатели
Ассоциации «Судебные медики Сибири»



Баграт Амаякович
Саркисян



Владимир Павлович
Новоселов



Олег Маркович
Зороастров

25 лет
1993–2018 гг.

УВАЖАЕМЫЕ ДРУЗЬЯ
И КОЛЛЕГИ!

Начиная с конца 80-х и начала 90-х годов, в стране резко ухудшилась социально-экономическая, политическая и криминогенная обстановка, что привело к нарушению деятельности всех отраслей народного хозяйства, в том числе и судебно-медицинской службы. В этот период при имеющемся дефиците кадров в полтора-два раза увеличилось число экспертиз по всем видам экспертной деятельности. Особенно это касалось экспертизы трупов на территории Сибири, где данный показатель увеличился более чем в 2–2,5 раза. Кроме того, обострение криминальной обстановки привело к росту числа случаев насильственной смерти (до 70%), в том числе убийств, почти в два раза. В несколько раз возросло число неопознанных и невостребованных, скелетированных и сожженных трупов.

Значительное увеличение экспертиз требовало наличия соответствующего оборудования, аппаратуры, помещений и, конечно же, финансирования. К сожалению, ни одно из территориальных Бюро судебно-медицинской экспертизы не соответствовало ни одному из этих требований, что периодически приводило к прекращению деятельности некоторых бюро СМЭ.

В ряде территорий Сибири из-за недостаточного финансирования было принято оригинальное решение органов власти: передать районные, межрайонные и городские отделения судебно-медицинской экспертизы местным органам здравоохранения. Это привело к снижению качества экспертиз и профессиональной подготовки кадров, к ухудшению материально-технической базы, а в целом – к утрате такого важного процессуального фактора, как независимость эксперта.

Одновременно прекратились научно-практические связи между территориальными службами страны, а также связь с Республиканским Центром судебно-медицинской экспертизы.

Создавшееся положение требовало поиска новых форм взаимодействия территориальных судебно-медицинских служб таких отдаленных от центра регионов, как Сибирь и Дальний Восток, что позволило бы им объединить усилия для решения возникших проблем с учетом территориальных особенностей.

С этой целью в мае 1993 года в г. Новосибирске по предложению инициативной группы (В.П. Новоселов, Б.А. Саркисян, О.М. Зороастров) было организовано межрегиональное общественное объединение «Судебные медики Сибири» (Ассоциация), как профессиональное добровольное объединение Бюро судебно-медицинской экспертизы 15 территорий Западной и Восточной Сибири.

В последующие годы в Ассоциацию были приняты Бюро судебно-медицинской экспертизы территорий Дальнего Востока, республик Белоруссии, Казахстана и Киргизии. Ассоциация стала международной. Такое объединение позволило не только сохранить судебно-медицинскую службу, но и значительно улучшить материально-техническую базу территориальных Бюро, оснастить современным оборудованием и аппаратурой, проводить подготовку, специализацию и усовершенствование кадров, активизировать научно-исследовательскую работу не только на кафедрах судебной медицины вузов, но и в территориальных Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Надеемся, что наше сотрудничество и взаимодействие в дальнейшем на протяжении двадцати пяти лет и в дальнейшем будут способствовать развитию и укреплению судебно-медицинской службы России.

Сопредседатель

*МОО «Судебные медики Сибири»,
заслуженный врач РФ, профессор В.П. Новоселов*

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ | 11 |
| Анализ ошибок при лучевой диагностике в судебно-медицинской практике <i>А.И. Штарберг, Н.В. Кулеша, А.Н. Боклин, Е.А. Смирнова, Д.С. Поляков</i> | 12 |
| Анализ работы медико-криминалистического отделения Новосибирского областного клинического бюро судебно-медицинской экспертизы за 2015–2017 гг. <i>С.А. Фёдоров, О.А. Саковчук, В.П. Новоселов</i> | 17 |
| Анализ смертности при отравлении опиатами в Киргизской Республике <i>М.Ш. Мужашев, А.Э. Турганбаев</i> | 25 |
| К вопросу о контроле качества исполнения судебно-медицинских экспертиз <i>А.И. Штарберг, А.Н. Боклин, Н.В. Кулеша, Е.А. Смирнова</i> | 31 |
| К вопросу о работе судебно-медицинского эксперта в соответствии со статьей 144 УПК РФ <i>Е.Г. Шадяева</i> | 35 |
| Анализ насильственной смерти и самоубийств за 2015–2017 годы по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы ФГБУ СИБФНКЦ ФМБА России <i>Ф.В. Алябьев, С.Н. Поверников, С.К. Толмачева, М.А. Кукишина</i> | 40 |
| Особенности организации и производства судебно-медицинских экспертиз по качеству оказания стоматологической помощи в рамках гражданского судопроизводства <i>Ф.В. Алябьев, С.К. Толмачева, М.А. Кукишина, О.А. Никулина, О.А. Белюсова</i> | 45 |

| | |
|--|-----|
| Экспертная оценка пареза Дюшенна—Эрба в акушерской практике <i>Ю. В. Контопцева, Н. В. Стариков, Н. Г. Ощепкова, А. Н. Порвин</i> | 159 |
| СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЖИВЫХ ЛИЦ | 165 |
| Проблемы экспертной оценки черепно-мозговой травмы у живых лиц <i>Т. Е. Ошейко, С. А. Афанасьев</i> | 166 |
| ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ | 173 |
| Взаимосвязь дерматоглифических и антропометрических признаков женщин 20—25 лет города Красноярска <i>И. В. Федин, В. И. Чикун, Н. В. Хлуднева</i> | 174 |
| Возрастная динамика объемных образований аорты и установление возраста неустановленных лиц <i>Е. М. Скарюкин</i> | 176 |
| Напитная костная ткань как объект исследования полового диморфизма методом рентгеноспектрального флуоресцентного анализа <i>Е. И. Сеченев, А. Б. Шадымов, С. А. Фоминых, К. И. Воронкин</i> | 182 |
| Некоторые данные, полученные в ходе исследования особенностей формирования брызг крови <i>С. С. Шестко</i> | 190 |
| Опыт применения унифицированного метода количественного определения ряда лекарственных средств в трупной крови с внутренним стандартом на основе ЖЖЭ И ВЭЖХ-УФ <i>П. В. Никитин</i> | 194 |
| Оценка минерального компонента и органического матрикса костной ткани при производстве судебно-медицинских экспертиз <i>Ю. О. Шишкина, В. П. Конев, С. Н. Московский</i> | 202 |
| Практика обнаружения слюны и установления ее половой принадлежности в экспертном материале <i>С. М. Акулова, Т. В. Казанцева, Л. Н. Орлова</i> | 207 |

| | |
|---|-----|
| Проблемы экспертной практики при обнаружении повреждений от электрошоковых устройств у живых лиц <i>К. Ю. Куликович, И. Ю. Макаров</i> | 209 |
| СЛУЧАИ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ | 217 |
| Билиарная атрезия печени как причина смерти новорожденного <i>О. А. Дмитриева, А. В. Голубева, И. Б. Баканович</i> | 218 |
| Возможности медико-криминалистического исследования при экспертизе живых лиц <i>Н. В. Кулеша, Р. А. Шутьмин</i> | 227 |
| Материнская смертность как объект судебно-медицинской экспертизы в сфере судебно-медицинской экспертизы <i>М. Ш. Мухашев, А. Э. Турганбаев, Б. Н. Айтмырзаев, Б. А. Асанов</i> | 231 |
| Миодистрофия Дюшенна в судебно-медицинской практике <i>Д. Е. Кузьмичев, Р. В. Скребов, С. В. Чирков</i> | 238 |
| Норвежская часотка как причина смерти грудного ребенка <i>Ю. И. Гальчиков, Е. К. Емельянова, И. В. Москвина, Ю. Г. Ячменёва, А. Е. Любавина</i> | 241 |
| Правовые вопросы целительства и судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов <i>М. Ш. Мухашев, А. М. Мухашева, Т. Д. Пахыров</i> | 246 |
| Редкий случай осложнения расслаивающей аневризмы дуги аорты <i>Ю. И. Гальчиков, Е. К. Емельянова, И. В. Москвина, Ю. Г. Ячменёва, А. П. Рымарев, А. В. Павлов</i> | 252 |
| Случай внезапной сердечной смерти молодого человека <i>Ю. И. Гальчиков, Е. К. Емельянова, И. В. Москвина, Ю. Г. Ячменёва, И. В. Польшвей, А. В. Павлов, М. В. Борисенко</i> | 255 |
| Случай отравления аконитом в практике судебно-медицинского эксперта <i>А. В. Мусиенко, Н. В. Кулеша</i> | 259 |

| | |
|--|-----|
| Случай смерти от врожденного герпетического энцефалита у грудного ребенка <i>Ю.И. Гальчиков, Е.К. Емельянова, О.Н. Грушина, И.В. Москвина, Ю.Г. Ячменёва, А.В. Павлов</i> | 263 |
| Установление и идентификация смешанных следов на вещественных доказательствах. случай из практики <i>Т.В. Казанцева, О.И. Колесникова, Г.В. Червоная</i> | 267 |
| Экспертное наблюдение тромбозов <i>Д.Е. Кузьмичев, А.С. Новоселов, И.М. Вильцев</i> | 271 |
| АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ | 275 |

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ
И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

№ 3. — С. 33—34.

11. Юсупова А.Н., Токова З.З., Фролова О.Г. Предотвратимые случаи материнской смерти // Акушерство и гинекология. — 2009. — № 2. — С. 53—57.

МИОДИСТРОФИЯ ДЮШЕННА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д.Е. Кузьмичев, Р.В. Скребов, С.В. Чирков
г. Ханты-Мансийск

Судебно-медицинский эксперт при проведении аутопсии может столкнуться с редко встречающейся патологией [1, 2]. К подобной патологии можно отнести миодистрофию Дюшенна. Мышечная дистрофия Дюшенна, именуемая еще как миопатия Дюшенна или миодистрофия Дюшенна-Беккера, наследуемая сцеплено с X-хромосомой прогрессирующая дистрофия мышечной системы, характеризующаяся началом в раннем возрасте, симметричной атрофией мышц в сочетании с сердечно-сосудистыми, костно-суставными и психическими нарушениями, а также злокачественным течением [1, 2]. Принято считать, что примерно 7% всех периодически возникающих случаев заболевания — это следствие образования в женском яичнике нескольких клеточных генераций с мутированными и обычными аллелями дистрофина [4]. При этом наиболее распространенным типом мутации, составляющим около 65%, являются значительные потери участков хромосомы. У 5% пациентов обнаруживаются удвоение участка хромосомы, а в оставшихся случаях патологии (point mutation), когда затрагивается один или несколько нуклеотидов, тогда как к мутации относятся более протяженные дефекты гена. Чаще эта патология наблюдается у мужчин, женщины могут иногда быть носителями заболевания. Первые проявления, обычно возникающие в первые 3—5 лет жизни и характеризующаяся быстро распространяющейся и усугубляющейся мышеч-

ной слабостью. Болезнь вызывается делециями или дупликациями одного или нескольких экзонов, либо точечными мутациями в гене дистрофина. Это заболевание поражает, по разным данным, примерно 1 человека из 4000—10000, и его следует отнести к достаточно распространенным типам мышечной дистрофии [3, 4].

Приводим данные секционной диагностики мышечной дистрофии Дюшенна и ее осложнений. В работе врача — судебно-медицинского эксперта имеется ряд особенностей, к которым можно отнести отсутствие кагм-нестических данных. Приведем данные экспертного наблюдения. На секцию был доставлен молодой мужчина 22 лет, со слов родственников страдал заболеванием — “Мышечной дистрофией Дюшенна”, медицинской документацией к моменту исследования предоставлено не было. При аутопсии обращали на себя внимание следующие специфические патологические признаки: Мужчина пониженного питания, со слабо выраженной скелетной мускулатурой, выраженным искривлением позвоночника в виде кифоза и сколиоза, деформированной килевидной грудной клеткой, увеличенными в размерах икроножными мышцами, несколько деформированными стопами, попеременно-полосатая мускулатура была атрофична, имелись выраженные признаки дилатационной кардиомиопатии. Сердце шаровидной формы, с дилатацией полостей массой 590 г, миокард резко дряблый, тусклый, с невыраженным строением. Легочная ткань — отечная. Гистологически выявлено: мышечные волокна различны по размерам, наряду с атрофичными встречались и резко увеличенные, выраженные дистрофические изменения мышечных волокон, в том числе с исчезновением поперечной исчерченности, их некрозом и фагоцитозом; в отдельных мышечных волокнах определялись признаки регенерации и достаточно обширные разрастания жировой и соединительной ткани, в мышечной ткани сердца признаки липоматоза, очаговые и мелкоочаговые “повреждения”, а также атрофически-дистрофические изменения.

Учитывая яркую и специфичную патоморфологическую картину, данные катамнеза и исключив другую патологию, в том числе обусловленную отравлением или травмой, основываясь на особенностях выявленной морфологии установлен окончательный диагноз "Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна; поздняя стадия тяжелых проявлений, с формированием кардиомиопатии", которая осложнилась острой сердечно-сосудистой недостаточностью и отеком легких. В танатогенезе, в данном наблюдении, на первый план выступили сердечная недостаточность, которая привела в итоге к развитию альвеолярного отека легких и наступлению смерти. При подобных морфологических изменениях сердца в случаях миодистрофии Дюшенна при жизни часто отмечается аритмия.

Заключение. Как уже было сказано, специфика работы судебно-медицинских экспертов "на местах" (отсутствие, недостаточное количество или не своевременное предоставление медицинской документации), особенно в районных отделениях, направленность деятельности нашей службы на выявление насильственной смерти, особенности материально-технического обеспечения танатологических отделов, лабораторных подразделений, "кадровый голод" на территориях, отсутствия здорового энтузиазма у многих специалистов, не в полной мере взаимодействие с практическим здравоохранением (по разным причинам), все это далеко не позитивно влияет на установление причин смерти от заболеваний. А при адекватном и полноценном взаимодействии с врачами клинического профиля, патоморфологические особенности, которые обнаруживают судебно-медицинские эксперты, накопленный опыт, безусловно, могли бы, оказывать положительное влияние на процессы профилактики, диагностики и лечебной помощи.

Отсутствие катанестических данных и сведений медицинской документации в значительной степени осложняют экспертную оценку в случаях скоропостижной смерти.

В данном случае, отличительной особенностью, позволившей установить причину смерти, стали обнаруженные признаки миодистрофии Дюшенна, в сочетании с патологией костно-мышечной системы и сердца.

Литература

1. Случай смерти от редкого порока сердца / О.А. Дмитриева, А.В. Голубева, М.Г. Шендл и др. // Вестник судебной медицины. — 2016. — Т. 5, № 3. — С. 49–52.
2. Исаченко И.П., Савченко С.В. Случай материнской смерти при истинном приращении плаценты // Вестник судебной медицины. — 2016. — Т. 5, № 3. — С. 58–61.
3. Библиотека ШГПУ [Электронный ресурс]. — URL: <http://shgpu.edu.ru/biblioteka/site/css/style.css>.
4. Neugotomuscular [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.neugotomuscular.tugarov.com>.

НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ ГРУДНОГО РЕБЕНКА

Ю.И. Гальчиков, Е.К. Емельянова, И.В. Москвина,
Ю.Г. Ячменёва, А.Е. Любавина
г. Омск

В судебно-медицинской практике причиной скоропостижной смерти детей грудного возраста могут быть самые разнообразные патологические состояния и заболевания [4].

Норвежская чесотка это тяжелая форма обычной чесотки, которая характеризуется появлением на пораженных кожных покровах толстых плотных темно-серых чешуек. Норвежскую чесотку, так же как и обычную чесотку, вызывает чесоточный клещ (*Sarcoptes scabiei var hominis*). Паразиты, вызывающие заболевание, имеют шетинки и присоски, позволяющие им прокладывать ходы в коже человека и тем самым инфицировать его. Особенно подвержены развитию норвежской чесотки

на вещественных доказательствах / А.Л. Федоровцев, Л.А. Ревнитская, Е.И. Королёва и др. — Н. Новгород, 2009. — С. 33–36.

ЭКСПЕРТНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ

Д.Е. Кузьмичев, А.С. Новоселов, И.М. Вильцев
г. Мегийон, г. Сургут

В своей практической работе судебно-медицинские эксперты достаточно часто сталкиваются со случаями тромбоза легочного ствола, легочных артерий, а также крупных и мелких их ветвей. Для диагностики этого осложнения необходима не только морфологическая оценка, проведенная в процессе выполнения аутопсии, но и при проведении микроскопического исследования [1].

Тромбоэмболия представляет собой окклюзию кровеносного сосуда тромбом, оторвавшимся от места своего образования и попавшим в циркулирующую кровь [2]. В результате тромбоза эмболии кровотока в сосуде прекращается, возникает ишемия ткани в бассейне окклюзированного сосуда, часто завершающаяся ишемическим инфарктом. Тромбоэмболию принято рассматривать как осложнение некоторых соматических заболеваний, послеоперационных и послеродовых состояний [3].

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) распространено осложнение, которое остается одной из наиболее частых причин внезапной смерти больных, занимающих место в структуре послеоперационной летальности. По данным исследований осложнения при венозной тромбоэмболии составляют от 71 до 117 случаев на 100000. На современном этапе развития медицины ТЭЛА продолжает оставаться очень сложной клинической проблемой, которая нередко становится причиной смерти больного. Смертность при ТЭЛА достигает 30%. Пример-

альным биологическим материалом (кровь, клетки влагалищного эпителия, слюна) потерпевшей Б. и вышеуказанной неизвестной женщины.

Таким образом, полученные результаты позволили с высокой степенью достоверности высказаться о принадлежности обнаруженных биологических следов, оставленных на месте преступления, выявить новые обстоятельства дела и расширили круг проходящих по делу лиц. Описанный случай экспертной практики еще раз подтверждает целесообразность проведения комплексного подхода с использованием разнопрофильных исследований: биологических и молекулярно-генетических, поскольку биологические методы позволяют конкретизировать происхождение следов (кровь, сперма, слюна, клетки), а молекулярно-генетическое исследование их идентифицирует.

Литература

1. Абдулина Е.В., Зыков В.В., Мальцев А.Е. Особенности морфологического и генетического исследования плаценты в случае установления материнства // Вестник судебной медицины. — 2017. — Т. 6, № 2. — С. 45–47.
2. Барсегянс Л.О. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. — М.: Медицина, 1999. — С. 131–140.
3. Методические указания № 98/253 “Использование индивидуализирующих систем на основе полиморфизма длин амплифицированных фрагментов (ПДАФ) ДНК в судебно-медицинской экспертизе идентификации личности и установления родства” (утверждены Минздравом РФ 19.01.1999 г.).
4. Сумин А.В., Эделев Н.С., Федоровцев А.П. Изучение возможности идентификации содержимого желудка при помощи выявления пепсина // Вестник судебной медицины. — 2016. — Т. 5, № 1. — С. 15–18.
5. Федоровцев А.П., Эделев Н.С. Современные возможности цитологической исследований объектов судебно-медицинской экспертизы // Вестник судебной медицины. — 2014. — Т. 3, № 1. — С. 18–22.
6. Судебно-медицинские цитологические исследования следов

но у 10% больных ТЭЛА развивается молниеносно и приводит к гибели в течение часа после появления первых симптомов. Большинство этих летальных случаев остаются нераспознанными и диагностируются только на аутопсии.

Представляем данные наблюдения из экспертной практики, в ходе которого была проведена постмортальная диагностика ТЭЛА как смертельного осложнения эндотромбозирования тазобедренного сустава, закрытого вывиха бедренного компонента эндопротеза тазобедренного сустава.

Из медицинской документации известно, что пациент NN примерно за 5 мес. до наступления смерти, проходил хирургическое лечение в специализированном учреждении, по поводу «Артроза левого тазобедренного сустава 3-й степени с выраженным болевым синдромом». Пациент обследован, выполнено оперативное лечение — тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава, послеоперационный и реабилитационный период протекал без особенностей и через положенное время мужчина выписан на амбулаторное долечивание по месту жительства в учреждение общего типа. Уже дома, за 1 мес. до наступления смерти пациент упал на левое бедро, лечился амбулаторно без эффекта, диагноз «Ушиб левого тазобедренного сустава».

Поступил в специализированный стационар, где диагностированы «Закрытый вывих бедренного компонента эндопротеза левого тазобедренного сустава». В стационаре, кроме медикаментозной терапии было проведено открытое вправление вывиха, скелетное вытяжение за пяточную кость левой стопы с грузом 8 кг на шине Беллера, под наркозом, в дальнейшем динамика положительная, отмечалось уменьшение боли в области левого тазобедренного сустава, вывих левого бедра устранен, нормализация температуры тела. Через 7 дней состояние резко ухудшилось, появились: чувство удушья, нехватка воздуха, боль в области левого тазобедренного сустава, тоны сердца приглушены, АД не определялось и, несмотря на

проводимую интенсивную терапию, наступила смерть.

На аутопсии на левом бедре вертикальная послеоперационная рана, на пяточной области левой стопы крупноточечные раны (последствия спицевого вытяжения). В просвете правой и левой легочных артерий и далее в просветах долевых и сегментарных артерий тромботические неправильно-удлиненной формы жгутообразные массы. Крупные артерии бедер, подколенные и голеней неравномерно были уплотнены с множественными атеросклеротическими бляшками, на площади около 20%, суживающими просвет сосудов на 20%. Левая подколенная и бедренная вены плотные, с мелкими неравномерными красноватыми участками по типу кровоизлияний, просвет их с плотными тромботическими массами на протяжении 12 см, с мелкими каналами реканализации. Гистологически подтвердилась морфологическая картина тромбоза с сосудистого русла легких и наличие тромбоза.

На основании вышеуказанных катамнестических данных, патоморфологических данных была верифицирована причина смерти мужчины — «Закрытый вывих бедренного компонента эндопротеза левого тазобедренного сустава. Состояние после тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава». Осложнение. «Посттравматический тромбоз левого бедренной вены, острая массивная тромбозия легочных артерий и их крупных ветвей (долевых, сегментарных)». В тазобедренном суставе отмечаются тромбозы вен, венозные тромбозы, которые имеют место у большого числа операций, которое осложняется с состоянием гиперкоагуляции, которое имеет место в послеоперационном периоде. Особое значение следует отводить долевым, субсегментарным и микротромбозам. Установлено, в частности, что мелкие эмболы порядка 40–100 мкм в диаметре могут вызывать более значимые нарушения легочной и системной гемодинамики, чем крупные эмболы.

Представлены данные экспертного наблюдения раз-

вития тромбоэмболии легочных артерий, долевого и сегментарных ветвей. Смертность при ТЭЛА, может, достигать 30% и более, однако на современном этапе развития медицинской науки адекватная тактика ведения пациента с точной диагностикой и своевременным назначением оптимального лечения позволяет снизить этот показатель до 2–8%.

Литература

1. Сетка для подсчета количества различных объектов в гистологических препаратах при микроскопическом исследовании / Н.С. Эделев, О.В. Тесленко, А.Л. Шерневский и др. // Вестник судебной медицины. – 2016. – Т. 5, № 4. – С. 41–44.
2. Верткин А.Л., Тополянский А.В. Тромбоэмболия легочных артерий // Лечащий врач. – 2003. – № 8.
3. Тромбоэмболия в хирургической практике / Д.Е. Кузьмичев, И.М. Вильцев, Р.В. Скребов и др. – Вестник судебно-медицинской службы : профессиональная газета. – 2014. – № 18. – С. 8–9.
4. Тромбофлебит / Д.Е. Кузьмичев, И.М. Вильцев, Р.В. Скребов и др. // Вестник судебно-медицинской службы : профессиональная газета. – 2015. – № 20-21. – С. 5–6.
5. Тромбоэмболия легочных артерий в танатогенезе [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.nazdog.ru/topics/improvement/treatment/current/452483>.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ