

Опубликована: Тимохина М.А., Самойлович М.В. Комплексная оценка современных подходов к диагностике механической асфиксии // Молодой учёный. - 2016. - №8 (112). - С.437-440.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ

Тимохина Маргарита Андреевна

Самойлович Михаил Владимирович

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Управление судебно-медицинских экспертиз управления Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по г. Минску

Аннотация. Произведен ретроспективный анализ 80 случаев выполненных судебно-медицинских экспертиз трупов в случае механической асфиксии. Дана сравнительная характеристика и оценена значимость видоспецифических и общих диагностических признаков, выявленных в различных случаях механической асфиксии. Проанализирована роль дополнительных методов исследования в дифференциальной диагностике механической асфиксии на современном этапе.

Введение. Острые гипоксические состояния являются широко распространенным явлением, объектом изучения не только с позиций теоретической и практической медицины, но и судебно-медицинской науки. Согласно статистическим данным, острая гипоксия, возникающая вследствие внешнего механического воздействия (механическая асфиксия) занимает ведущее место среди причин насильственной смерти [1, с.4].

Судебно-медицинская диагностика механической асфиксии основывается на видоспецифических проявлениях конкретного вида асфиксии, неспецифических общеасфиктических признаках, протоколах осмотра места происшествия, результатах дополнительных методов исследования.

Так называемые общеасфиктические признаки, или, как их еще называют, признаки быстро наступившей смерти по гипоксическому типу, обнаруживаются при любой смерти с коротким агональным периодом: повешение, острая коронарная недостаточность и другие, т.е. являются неспецифическими, что нужно учитывать, так как при любом количестве они не являются ни необходимыми, ни достаточными [1, с.11].

В экспертной практике зачастую протоколы осмотра места происшествия, способствующие распознаванию диагностических критериев механической асфиксии, совершенной при различных обстоятельствах, не доставляются эксперту, еще реже эксперт лично присутствует на месте обнаружения трупа. Не очень высока информативность и видоспецифических признаков механической асфиксии. Так, в некоторых случаях странгуляционной асфиксии, при отсутствии петли на шее трупа, борозду не представляется возможным определить макроскопически.

Сегодня большое внимание уделяется дополнительным методам исследования. Так, биохимические методы помогают выявить тонкие нарушения обменных процессов, когда морфологически изменения еще не выражены. Посмертные изменения некоторых биохимических показателей имеют определенные качественные и количественные характеристики, способствующие диагностике механической асфиксии [2, с.63].

При недостаточной выраженности стандартных признаков, а также при наличии комбинированных повреждений создается риск экспертных ошибок, что приводит к необходимости анализа и усовершенствования подходов к диагностике различных видов механической асфиксии.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ 80 «Заключений эксперта», выполненных в Управлении по г. Минску Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь за 2012-2015 годы по факту смерти лиц, погибших в результате механической асфиксии, а именно 60 случаев повешения и 20 случаев нестрангуляционной механической асфиксии (утопление, обтурация). Произведено исследование половой принадлежности, возраста, сортировка на группы по признаку наличия в крови этилового спирта, сопутствующих фоновых заболеваний, группировка по времени смерти и давности обнаружения. Дана сравнительная характеристика и оценена значимость видоспецифических и общих диагностических признаков, выявленных в различных случаях механической асфиксии. Проанализирована роль дополнительных методов исследования в дифференциальной диагностике механической асфиксии на современном этапе.

Результаты и их обсуждение. По материалам годовых отчетов в Управлении по г. Минску Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь представлена следующая статистика:

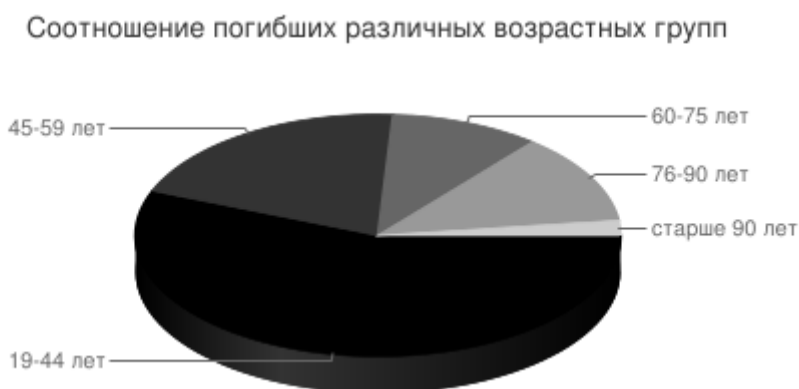
Таблица 1

Статистика по механической асфиксии за отчетный период 2012-15 гг.

Виды механической асфиксии /в том числе в состоянии алкогольного опьянения	2012	2013	2014	2015
Всего	244/124	246/145	243/131	255/139
Повешение	151/74	142/83	138/65	165/83
Утопление	32/23	36/25	40/23	29/18
Закрытие дыхательных путей рвотными массами и др. предметами	53/26	61/32	53/37	54/37

Возраст погибших, согласно данным архивного материала, колебался от 19 до 97 лет. Из них лиц мужского пола 84% и женского 16% соответственно. Наибольшее количество самоубийств через самоповешение пришлось на возрастной интервал от 19 до 44 лет - 56%, от 45 до 59 лет - 20%, от 60 до 75 лет - 10%, от 76 до 90 лет - 12%, старше 90 лет – 2% (возрастные интервалы выделены согласно возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения). Из числа лиц трудоспособного возраста (72%) около половины исследуемых (56%) на момент смерти находились в состоянии алкогольного опьянения легкой или средней степени тяжести. Отмечается, что около 30% всех смертей произошло в состоянии тяжелого алкогольного отравления.

Диаграмма 1



Наибольшее число самоубийств приходится на весенне-летние месяцы (около 62%), местами суицида являются преимущественно бытовые помещения, одиночные случаи смерти произошли в лесном массиве.

График 1



Фоновые заболевания обнаружены в 62% случаев. Преобладает ишемическая болезнь сердца – 80%, также в ряде случаев выявлены артериальная гипертензия, кисты почек, жировой гепатоз, хронический гепатит, предцирроз.

Таким образом, в танатогенезе механической асфиксии немалую роль играет алкогольная интоксикация и наличие фоновых состояний. Данные факторы, путем влияния на гемодинамику, корректируя факторы танатогенеза, искажают макро- и микроскопические признаки, на которые опираются эксперты в диагностике механической асфиксии [3, с.11].

На этапе ознакомления с материалами дела выявлены следующие закономерности: в разделе обстоятельства дела сведения о происшествии сообщаются кратко, в редких случаях есть сведения о характере позы трупа, эксперт побывал на месте происшествия в одном наблюдении, ознакомился с протоколами осмотра в двух случаях.

В 93% случаев странгуляционной асфиксии петля не изучалась экспертами, и лишь в четырех наблюдениях доставлялась в морг на шее трупа.

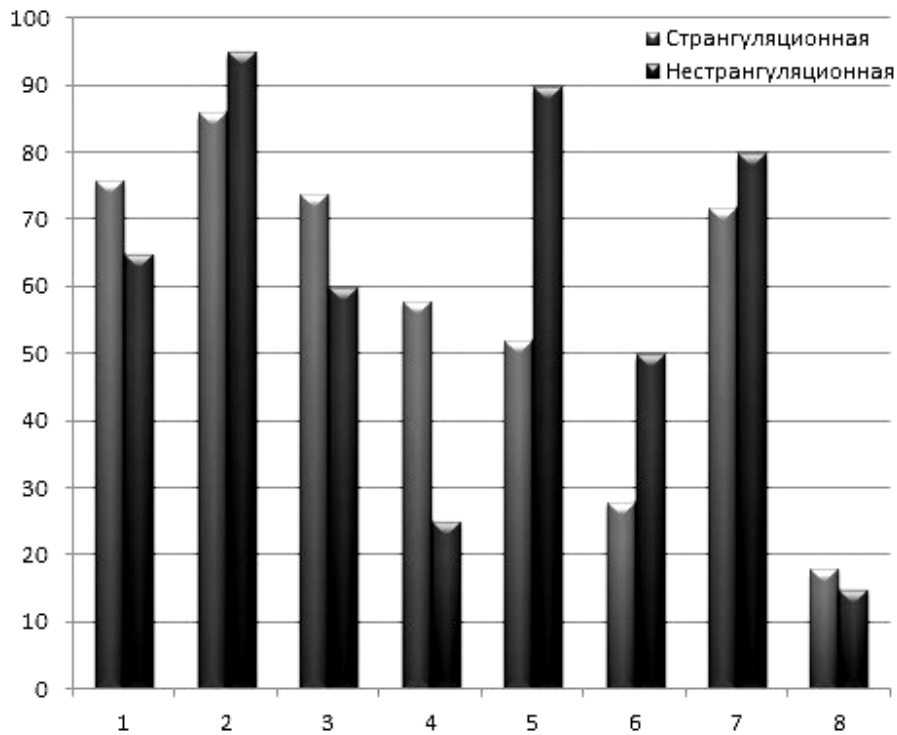
Данные медицинских карт исследовались в крайних случаях, связанных с употреблением наркотических веществ, а заключение о состоянии здоровья суицидента составлялось на основе морфологического исследования.

Выявлены некоторые особенности наружного и внутреннего исследования трупа. Акцент традиционно на выявлении видоспецифических признаков механической асфиксии (обнаружены в 100% случаев). Общеасфиксические признаки, выявленные при изучении странгуляционных и нестрангуляционных МА, распределились следующим образом (график 2).

Отмечая наружные и внутренние признаки механической асфиксии, эксперты не всегда уделяют должное внимание состоянию здоровья суицидента на момент смерти, роли хронических заболеваний в танатогенезе и проявлении признаков быстро наступившей смерти.

Выявлены закономерности в частоте проявления морфологических признаков механической асфиксии у лиц молодого и пожилого возраста (старше 50 лет). Так, исследуемые признаки, наиболее часто обнаруживаемые и трактуемые как общеасфиксические, проявляются в среднем в 2 раза чаще у молодых, нежели у лиц пожилого возраста (график 3).

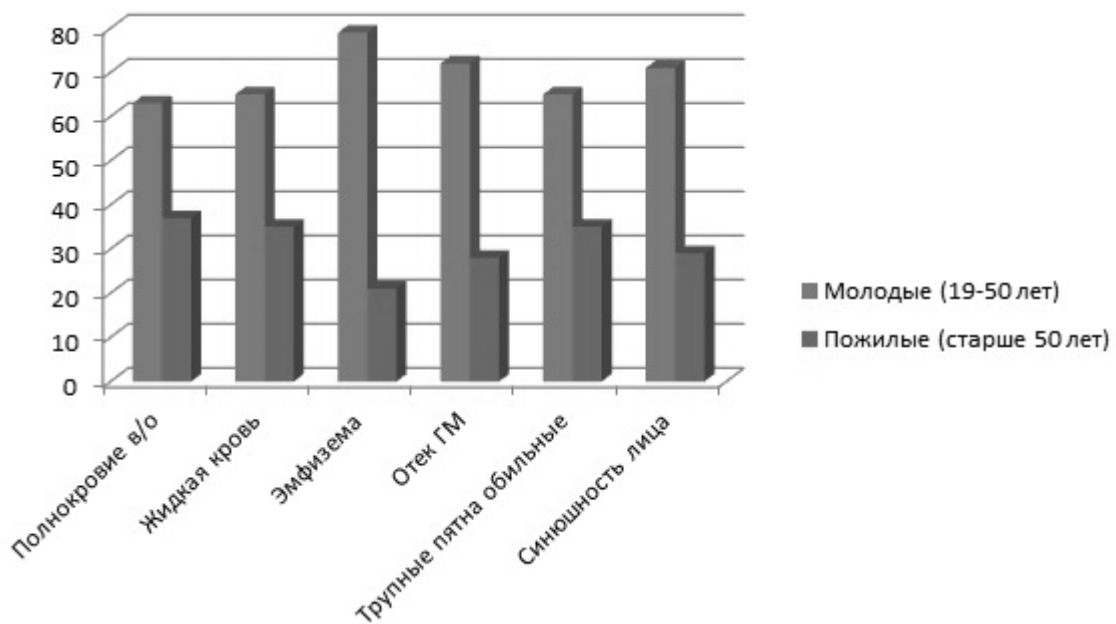
График 2



1. Полнокровие внутренних органов
2. Жидкое состояние крови
3. Эмфизема легких
4. Отек ГМ

5. Обильные трупные пятна
6. Синюшность лица и шеи
7. Пятна Тардье
8. Субконъюнктивальные экхимозы

График 3



При исследовании странгуляционной асфиксии одним из центральных является вывод о прижизненности повешения. Частота встречаемости признаков,

которые могут помочь в его установлении, различна, поэтому оцениваться они должны комплексно [4].

Среди макроскопических признаков прижизненности выявлены следующие: кровоизлияния в ножках кивательных мышц – 12%, кровоизлияния в интиму сонных артерий – 12%, реже встречались кровоизлияния в межпозвоночные диски – 4%, кровоизлияния на коже борозды – 6%, переломы рогов подъязычной кости с кровоизлияниями в окружающих тканях – 4%, а разрывы интимы сонных артерий лишь в 2%.

Микроскопические признаки прижизненности встречаются чаще: кровоизлияния в коже борозды (капиллярное полнокровие и периваскулярные кровоизлияния соответственно промежуточному валику и нижнему краю борозды) – 96%, острая эмфизема легких – 88%, серозный альвеолярный отек – 80%, интраальвеолярные кровоизлияния – 56%.

Что касается судебно-гистологической экспертизы, то в 50% наблюдений она не была произведена (материал направлен в архив). Исследование крови на наличие ядовитых веществ (за исключением этанола) производилось в 16% случаев, которые были связаны с подозрением на употребление наркотических веществ. Фотографирование трупа выполнено в 68% наблюдений. Ни в одном из случаев странгуляционной асфиксии не представлены схемы борозды.

При анализе судебно-медицинских заключений на предмет критериев обоснования выводов выявлено большое количество неспецифических признаков. Среди специфических обнаруживается один условно достаточный (например, борозда в случае странгуляции, наличие кусков пищи в случае обтурации). Безусловно, совокупность данных признаков обладает свойством достаточности, указывает на принадлежность к определенной причине смерти, но вовсе не объясняет танатогенетические механизмы. В констатирующей части эксперты, за редким исключением, формируют выводы согласно группам по видовым признакам, признакам нарушения местного кровотока, общим признакам асфиксии. Зачастую наблюдается копирование судебно-медицинского диагноза с хаотическим перечислением морфологических и гистологических признаков, что придает заключению черты штампованности, резко снижая возможность восприятия информации работниками правоохранительных органов и суда. В то же время, грамотное разделение информации в выводах необходимо при странгуляционной асфиксии для установления прижизненности повреждений, установления непосредственной причины смерти и ее связи со странгуляционным повреждением шеи. В случае утопления, выделение видовых признаков не только позволит определить вид смерти, но и высказаться о типе утопления.

Выводы.

1. Согласно архивным материалам, в структуре смерти от механической асфиксии преобладают мужчины трудоспособного возраста, находившиеся преимущественно в состоянии алкогольного опьянения легкой или средней степени.

2. Более половины исследуемых лиц на момент смерти находились в состоянии алкогольного опьянения и имели фоновые заболевания, что повлияло на ход танатогенеза и макро- и микроскопическую картину при исследовании трупов.
3. Различные виды механической асфиксии, помимо видовых и общеасфиктических признаков, имеют свои характерные черты, изучение которых способствует достоверной диагностике причин смерти.
4. Основное внимание в диагностике механической асфиксии отводится визуально определяемым морфологическим признакам, что является экономически оправданным, роль дополнительных методов исследования на современном этапе находится на стадии изучения, больше представляя научный интерес с точки зрения понимания глубоких механизмов танатогенеза.
5. Оптимизация критериев диагностики в совокупности с использованием адекватного алгоритма исследования трупов позволит снизить экономические затраты путем уменьшения спектра проводимых исследований, а также повысит значимость экспертизы в судопроизводстве.
6. При анализе диагностических подходов к изучению механической асфиксии выявлены дефекты на различных этапах исследования. Выводы экспертов зачастую копируют судебно-медицинский диагноз, носят характер штампованности, в единичных случаях имеет место разделение признаков по специфичности, теряется принцип лаконичности, что приводит в конечном итоге к снижению восприятия информации работниками правоохранительных органов и суда и увеличивает риск претензий к эксперту при оспаривании экспертизы.

Библиография

1. Витер В.И., Кунгурова В.В, Вавилов А.Ю., Бабушкина К.А. Механическая асфиксия : судебно-медицинская диагностика и оценка. — Ижевск: ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия", 2016. — 89 с.
2. Чертовских А.А. Судебно-медицинская оценка странгуляционной асфиксии у трупов лиц пожилого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.05 / Чертовских Андрей Анатольевич. - Москва, 2015. - 167 с.
3. Севрюков, В.Т. Изменения некоторых функций организма при полном повешении на фоне алкогольной интоксикации (экспериментальное исследование): автореф. дис... канд.мед.наук: 14.00.24 / Севрюков Виктор Тихонович. - Ленинград, 1976. – 24 с.
4. Семенов, Г.Г. Диагностическое значение признаков нарушения гемодинамики при некоторых видах механической асфиксии: автореф. дис... канд.мед.наук: 14.03. 05 / Семенов Гелий Гельевич. – Москва, 2010. – 21 с.
5. Механическая асфиксия: лекция // Судебно медицинская библиотека ForensMed. URL: <http://www.forens-med.ru/book.php?id=549> (дата обращения: 6.04.2016).