

Инчунин қафомонии суръати барқароршавии нишондиҳандаҳои таҳқиқшаванда ва нигоҳдории онҳо дар давраи реконволесцентсияи интиҳой нишон дода шудааст.

Summary

CHARACTERISTIC OF ALTERATIONS OF SOME INDEXES OF PERIPHERIAL BLOOD AND HEMOSTASE IN PATIENTS WITH MALARIA OF THREE DAYS

N.M. Hojaeva, A.K. Tokmalaev, N.A. Rahmatov

In the article the results of investigation of peripheral blood and hemostase system in 126 patients with malaria of three days at different forms and periods of disease were observed. Important alterations of blood coagulation system with had hypocoagulation indirection and phybrinolysis activation at pick of disease and yearly reconvalescention were showed. The increasing the speed of restoration of the indexes and keeping at period of reconvalescention were given.

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ПОТЕРПЕВШИХ С ТРАВМАМИ ГЛАЗА**

Ю.И. Пиголкин, Г.В. Золотенкова, З.К. Хушкадамов, Е.В. Соколова

**Кафедра судебной медицины Московской медицинской академии им. И.М Сеченова,
Российской Федерации**

Современный этап развития общества характеризуется существенным увеличением числа природных и промышленных аварий (катастроф), а также локальных военных конфликтов, приводящих к тяжёлым последствиям и, в первую очередь, к появлению большого числа раненых и поражённых [5]. Кроме того, в структуре общей заболеваемости населения России травмы занимают третье место, а среди лиц молодого возраста - второе. Среди общего числа пострадавших значительную долю занимают поражённые офтальмологического профиля. По данным отечественной и зарубежной литературы доля поражений органа зрения в общей структуре травматических поражений может быть значительной и составлять от 2% до 15% от общего числа травм [5,7]. Травматизм органа зрения – одна из ведущих медико-социальных проблем, приводящая к слепоте и потере глаза как органа. Травмы органа зрения чаще встречаются в молодом, наиболее трудоспособном возрасте, являясь одной из причин слепоты и инвалидности, что значительно увеличивает социальную значимость данной проблемы. Так, например, анализ инвалидности вследствие повреждения органа зрения по материалам специализированного Бюро медико-социальной экспертизы при глазных заболеваниях г. Санкт-Петербурга показал, что за 10 лет (1991-2001гг.) удельный вес инвалидов в возрасте до 29 лет составил 42,5%, от 30 до 44 лет - 26,5%, от 45 лет и до пенсионного возраста – 13,9%, старше 60 лет – 17,1%. Результаты анализа групповой структуры инвалидности по этим же материалам показали, что повреждения органа зрения являются источником тяжёлых последствий, приводящих к стойкой утрате зрительных функций [10].

Среди многообразия вариантов повреждения органа зрения, возникающих при катастрофах, стихийных бедствиях и во время военных действий, наиболее неблагоприятный исход имеет механическая травма глаза, составляющая от 4,5 до 7% всех видов травм. Одно из первых мест принадлежит контузии глаза – 10,6%-64%,

приводящей в 23,8% - 42,9% наблюдений к первичной инвалидизации по зрению [5,6,7,10]. В структуре детского травматизма также одно из ведущих мест принадлежит контузиям органа зрения, а их удельный вес достигает в настоящее время 45,3%-51,2% и имеет тенденцию к повышению. Контузионные повреждения в детском возрасте характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и тяжестью течения травматической болезни. Так у 40,5% детей с тяжёлой контузией глазного яблока прогноз функционального исхода сомнительный, а в 12,6%- 24,8% завершается слепотой повреждённого глаза [6].

Большинство травм глаза является следствием противоправных и уголовно-наказуемых действий, подлежащих обязательному расследованию с оценкой причинённого вреда здоровью. В ряде случаев при повреждениях органов чувств, в частности, органа зрения, судебно-медицинские эксперты сталкиваются с вопросами, требующими для своего решения специальных познаний в области смежных дисциплин. Однако анализ экспертной практики показывает, что оценка механизма, давности повреждений и т.д. органа зрения у пострадавших нередко проводится экспертами единолично, без полного учёта данных медицинской документации, что не только снижает объективность экспертных выводов, но нередко ведёт к экспертным ошибкам, в том числе и при определении степени тяжести вреда здоровью.

На наш взгляд, при проведении судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести вреда здоровью, именно в случаях повреждения органа зрения особое значение приобретает анализ представленной медицинской документации.

В.В. Альшевский в своём научном исследовании указывает на то, что все сведения, содержащиеся в медицинском документе, применительно к уголовному судопроизводству представляют собой письменные свидетельства очевидцев, в роли которых выступают медицинские работники, оказавшие помощь пострадавшему [2]. Исследование медицинского документа, являющегося в данном случае доказательством, должно включать в себя проверку содержащихся в нём сведений и оценку их с позиций относимости к предмету экспертизы, допустимости к использованию в экспертном заключении, достоверности и достаточности для ответов на поставленные вопросы. Исследование сведений, содержащихся в медицинском документе, начинается с проверки. Проверка содержащихся в медицинском документе сведений состоит в сопоставлении данных физикального, лабораторного и инструментального исследований по дням, за весь период нахождения пациента под медицинским наблюдением, с описанными в специальной медицинской литературе признаками и общими закономерностями развития диагностированной патологии, а также с результатами осмотра и (или) обследования, свидетельствуемого в ходе проведения экспертизы.

Оценка сведений, содержащихся в медицинском документе, с позиции *относимости* заключается в том, чтобы выявить и исключить из дальнейшего анализа данные, не отражающие проявлений того патологического процесса, который является предметом экспертного исследования.

Ведь в большинстве случаев повреждения причиняются человеку, страдавшему каким-либо заболеванием или имеющему индивидуальные особенности организма, которые в свою очередь могут утяжелять степень тяжести вреда здоровью.

Вопросы экспертной оценки степени тяжести причинённого здоровью вреда в свете

взаимоотношений травмы и предшествовавшей ей патологии стали предметом особенно пристального изучения ещё с начала 60-х годов прошлого столетия, когда появился ряд работ, специально посвящённых этой проблеме. Большинство авторов, исходя из анализа причинной связи между телесным повреждением и расстройством здоровья, считают, что степень тяжести вреда здоровью по исходу во всех случаях должна определяться на основании расстройств здоровья, которые являются прямым результатом травмы. В то же время, П.Г. Арешев рекомендует экспертам дифференцировать исход и тяжесть травмы на последствия, закономерно обусловленные нанесённым повреждением, и на последствия, связанные с предшествующим заболеванием [3]. На практике не всегда легко выполнить такую дифференциацию. В этой связи, особое значение приобретает оценка медицинских документов, представленных в ходе проведения судебно-медицинской экспертизы по определению степени причинённого вреда здоровью, с позиции *достаточности*. Оценка сведений, содержащихся в медицинском документе и полученных в ходе дополнительного исследования, с позиции достаточности заключается в том, чтобы определить их полноту для формулировки выводов. Только своевременное и адекватное применение традиционных и современных инструментальных диагностических методов позволяет принять обоснованное и квалифицированное решение о тяжести причиненного вреда здоровью. Правильная оценка тяжести именно посттравматических изменений органа зрения возможна только в случае суммарной оценки данных: клинических, электрофизиологических, ангиографических исследований, т.к. они наиболее достоверно отражают степень поражения нейрорецепторного аппарата и определяют прогноз.

Анализ литературных источников показал, что течение и исход травмы глаза с предшествующими заболеваниями и аномалиями его развития, зависят от ряда условий, главными из которых являются сила травмы, её локализация и характер предшествующего болезненного процесса или аномалий оптической системы [1, 4, 6, 11].

Патологические процессы на глазном дне при травмах слагаются из 2-х компонентов, из которых первичным является непосредственное повреждение ткани травмирующим агентом. А вторичным – воспалительные и дегенеративные изменения, развивающиеся вследствие взаимодействия сложного комплекса причин, среди которых наибольшее значение имеют нарушения нормального кровообращения и недостаточность питания тканей. Эти вторичные процессы представляют собой доминирующий фактор в тех случаях, когда относительно небольшая травма вызывает развитие поздних изменений, влекущих за собой значительное снижение функций глаза. Посттравматические реактивные процессы отличаются длительным и упорным течением и, помимо очаговых нарушений, могут повлечь за собой глубокие нарушения в состоянии глаза, расстраивая регуляцию офтальмотонуса в сторону гипо- или гипертензии, изменяя условия кровообращения и питания тканей, тем самым резко отражаясь на остроте зрения. Поэтому сила и даже характер травмы далеко не всегда соответствуют глубине и протяжённости поражений, наблюдаемых в последующем на глазном дне. Отсюда вытекает необходимость большой осторожности при постановке прогноза в свежих случаях травмы. Естественно, что на исход травмы глаза, помимо тяжести самой травмы и вторичных дегенеративных изменений, могут влиять и воспалительные процессы инфекционного порядка в случаях инфицированных ранений или при активации дремлющей в глазу латентной инфекции. «Тупым повреждениям глаза присуща способность обострять существующие в глазу

болезненные процессы, вызывать рецидивы старых заглохших болезней, создавать в глазу местную локализацию дремлющих в организме хронических инфекций...» - пишет академик Авербах [1]. Ряд учёных, освещая этот вопрос с другой стороны, указывают, что заболевания глаза, снижая резистентность организма, отягощают заживление при травме глаза и могут приводить к тяжёлому исходу даже при относительно лёгких повреждениях.

Среди наиболее значимых сопутствующих заболеваний, оказывающих неблагоприятное влияние на исход травматического повреждения органа зрения, преимущественного утяжеляя его, следует выделить: сахарный диабет, артериальную гипер- и гипотензию, системные заболевания, атеросклеротическую болезнь, снижение иммунного статуса.

По данным различных авторов, у страдающих гипертонической болезнью глазное дно изменено в 50-95% случаев. [11]. Выраженность изменений глазного дна при данном виде патологии зависит от возраста больного, течения и характера болезни, сопутствующих заболеваний. Ранние изменения глазного дна со снижением зрительных функций наблюдаются и у детей со вторичной гипертонией. Среди школьников повышение артериального давления наблюдается у 10%, причём частота симптоматической гипертонии составляет 40% от общего числа больных с повышенным артериальным давлением. Повышенное артериальное давление является одним из этиологических факторов, способствующих развитию глаукомы. Также факторами риска развития глаукомы являются: возраст, наследственность, наличие болезни среди родственников, травмы глаз, диабет, регулярное использование кортикостероидов (особенно глазных капель), повышающих ВГД, курение. Отрицательную роль могут сыграть также очень сильная близорукость и дальнозоркость. Профессиональный риск заболевания имеется у музыкантов-духовиков. Учитывая незаметное развитие болезни, можно предполагать, что она есть у многих людей, даже не подозревающих об этом. После вырождения жёлтого пятна и катаракты глаукома - третья основная причина слепоты.

Сахарный диабет (СД) - тяжёлое заболевание, часто приводящее к инвалидности и смерти. Согласно данным ВОЗ, в настоящее время общее количество больных сахарным диабетом в мире превысило 100 млн. человек. У больных СД, по сравнению с нестрадающими диабетом лицами в 25 раз выше риск развития слепоты, причём у лиц среднего, наиболее социально значимого возраста. Судебно-медицинский эксперт должен учитывать, что большинство больных диабетом при длительности заболевания свыше 10 лет имеют те или иные признаки поражения сетчатки. Сахарный диабет вызывает целый ряд патологических изменений в области органа зрения, приводящих к развитию катаракты. Катаракта - это помутнение прозрачного хрусталика глаза, которое блокирует или искажает поступление света, вызывая потерю зрения [8,9, 11].

Изменения на глазном дне могут также быть у людей среднего и пожилого возраста в связи с постепенно развивающимся атеросклерозом, ухудшающим кровообращение глаза. Всё это увеличивает риск возникновения истончений и разрывов сетчатки, а следовательно, и отслойки. Об этом следует помнить эксперту, когда он вынужден устанавливать причинную связь необычного исхода, обусловленного не столько с телесным повреждением в клинко-анатомическом его смысле, сколько внешним насильственным воздействием, характер которого не может быть полностью определён на основании лишь обнаруженных у субъекта скудных морфологических данных. Нередко такое

насильственное воздействие, подчас весьма значительное, вообще не оставляет на теле потерпевшего каких-либо следов. В частности, в глазах, предрасположенных к отслойке сетчатки, например, при близорукости высокой степени, даже незначительные воздействия могут вызвать отслойку сетчатки вследствие её разрыва.

Таким образом, в каждом конкретном случае на течение посттравматического периода и конечные исходы оказывают в той или иной степени влияние: тяжесть самой травмы, комбинации различных изменений в тканях пораженного органа (поражения сосудистой системы глаза в целом, изменения офтальмотонуса, травматические изменения тканей, кровоизлияния в полости и ткани глаза, воспалительные изменения и т.д.), сроки обращения за медицинской помощью, правильность тактики ведения больных.

В каждом конкретном случае эксперт должен разобраться, чем обусловлен исход повреждения и является ли он непосредственным, т.е. прямым результатом самого повреждения, или возник в результате случайных, привходящих условий или индивидуальных особенностей организма. Поэтому является перспективным проведение эпидемиологического исследования, касающегося изучения частоты и степени развития предшествующих заболеваний и дефектов органа зрения у потерпевших, нозологических характеристик, их значение для течения и исхода указанных травм. Выявить факторы, влияющие на оценку тяжести причинённого вреда здоровью, и выделить наиболее значимые среди них. Данное исследование позволит разработать новые диагностические критерии экспертной оценки причинно-следственной связи патологических изменений в органе зрения, развивающихся после травмы, с исходами, и могут быть рекомендованы в работе судебно-экспертных учреждений вне зависимости от их ведомственной принадлежности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах М.И. Офтальмологические очерки.-М.-Л., 1940
2. Альшевский В.В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве. -Автореф. канд. дисс.,-Москва.-2005.-С.22
3. Арешев П.П. Проблема взаимоотношений травмы и патологии в судебной медицине/ /Судебно-медицинские записки вып.4, Кишинёв, 1963
4. Ботезату Г,А. Оказывают ли влияние предшествующие заболевания, аномалии развития на оценку прободных ранений //в сб.: Судебно-медицинские записки.-Вып. №5 . - Кишинёв -1971.- С.58-61
5. Гундорова Р.А., Кашников В.В. Повреждение глаз в чрезвычайных ситуациях – Новосибирск, СО РАМН, 2002
6. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М. Травмы глаза. - М.: Медицина, 1986
7. Добромыслов А.Н. Гигиенические основы поражения глаз // Офтальмология / Под ред. Е.И.Ковалевского. - М.: Медицина, 1995.- С.36
8. Имантаева М.Б., Степанова И.С. Диабетическая офтальмопатия (методическое пособие), Алматы, 2001
9. Ковалевский Е.И. Болезни глаз при общих заболеваниях у детей. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2003
10. Разумовская А.М., Кушнер А.Р., Нефёдова М.В. Уровни и причины инвалидности вследствие заболевания органа зрения//Министерство социального обеспечения РФ Сб. научных трудов.-Л.-Вып.1967,-1989,-С.29-31
11. Сомов Е.Е. Глазные болезни и травмы - СПб., С.-Петербургское мед. изд.- 2002

Хулоса
ЭКСПЕРТИЗАИ СУДӢ-ТИББИИ ЧАБРДИДАГОН
БО ОСЕБИ ЧАШМ

Ю.И. Пиголкин, Г.В. Золотенкова, З.К. Хушқадамов, Е.В. Соколова

Тахлили манобеи адабии дар мақола овардашуда, зарурияти такмили меъёрҳои арзёбии экспертии вазнинии зиён ба саломати роҳгоми садамаи узви босира дар асоси тахлили маҷмӯи муносири усулҳои эксперти, сарири ва олотии муоинаи чабрдидагони гурӯҳҳои гуногуни синну солӣ, бо зербемориҳои гуногун ва этиологӣ системаи биноӣ исбот мекунад.

Summary

MEDICO-JUDICIAL EXAMINATION UNDER EYE TRAUMA

Yu.I. Pigolkin, G.V. Zolotenkova, Z.K. Hushkadamov, E.V. Sokolova

The analysis of literary date shows the necessity of improving examination criterion of estimation of health damage under eye traumas on base of complex analysis of contemporary examination, clinical and instrumental methods of investigation of patients of different age groups, which have different ground diseases of optic system.

СЕГМЕНТАРНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ
ПАРОДОНТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Ш.Б. Эгамова, П.Т. Зоиров, Г.Г. Ашуров, Х.Д. Усманова

Кафедры терапевтической стоматологии; дерматовенерологии

Актуальность. Ряд исследователей (1-3,5) патологию органов и тканей полости рта при системных заболеваниях считают важной проблемой не только стоматологии, но и всей медицины. По их мнению, появление заболеваний зубов и пародонта отражает общее поражение организма тем или иным системным заболеванием.

К сожалению, анализ влияния патологических процессов при дерматозах с аутоиммунным компонентом на состояние органов и тканей полости рта ещё недостаточно изучен. Имеющиеся на сегодняшний день единичные данные (4) носят в основном предварительный, описательный характер и нуждаются в дальнейшем уточнении и углублении.

Цель исследования: изучение состояния пародонта у лиц с кожной патологией и определение их потребности в различных видах пародонтологической помощи.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 118 больных с кожной патологией (66 мужчин и 52 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет и старше. У 36 лиц основной группы (30,5%) диагностировали красный плоский лишай, у 32 (27,1%) - красную волчанку, у 28 (23,7%) - пузырчатку и у 22 (18,6%) - пемфигоиды. Обследованные были разделены по возрасту на 4 группы: 20-29 лет, 30-39, 40-49, 50 лет и старше. Контролем служили стоматологические пациенты аналогичных возрастных групп без каких-либо системных заболеваний. Больные находились на лечении в клинике кафедры кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Патологические изменения в тканях пародонта регистрировали по методике ВОЗ (1998) с использованием индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта. Дополнительно