

ГЭРБ, у 13 – наблюдался гастроэзофагеальный пролапс (ГЭП). У 96,7% больных по данным гастродуоденофиброскопии установлен распространенный гастрит (чаще поверхностный) и поверхностный дуоденит.

Гистологическое изучение биоптатов слизистой оболочки антрального и фундального отделов желудка у 29 из 30 больных выявило признаки гастрита (хронического). Общей закономерностью является более тяжелое состояние антрального отдела, чем фундального, поскольку в нём чаще наблюдался атрофический процесс. Установлено, что наличие ГЭП сочетается с ярко выраженными признаками повреждения и воспаления, развитием паракератоза (метаплазии) в эпителиоцитах верхних слоев выше Z-линии и метаплазии эпителия по типу фундального ниже её. Признаки пищевода Барретта не выявлены.

Проведенные исследования позволяют глубже разобраться в патогенезе ГЭРБ, показывают взаимосвязь морфологических изменений слизистой оболочки пищевода и особенностей клиники заболевания, что важно для совершенствования диагностики и повышения эффективности терапии больных ГЭРБ.

Тымощук В.С., Дубовой И.В.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА

Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ольховский В.А.

Детский травматизм является одной из актуальных проблем здравоохранения, занимая значительный (до 25%) удельный вес в общей заболеваемости детей.

Целью данного исследования явилось судебно-медицинское изучение особенностей детского травматизма на современном этапе.

Материалы и методы. В настоящей работе изучение детского травматизма основано на анализе данных архивных материалов Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2013-2014 гг.

Результаты. Исследование показало возрастание удельного веса бытового травматизма у потерпевших детского возраста, что обусловлено доступностью для населения разнообразных приборов, автоматизацией процессов быта, которые являются риском возникновения повреждений у детей определенных возрастных групп. Кроме того, все чаще наблюдается новый вид травматизма – повреждения, которые причиняют ребенку взрослые или родители в случаях жестокого обращения с детьми. Особое место принадлежит транспортным травмам. К их числу относятся повреждения, полученные от действия транспортных средств, при этом главенствующее значение придается дорожно-транспортным травмам. Такие травмы характеризуются множественностью повреждений и развитием опасных для жизни состояний. Данный вид травмы превалирует у детей дошкольного, школьного возраста и подростков, что может быть связано с возрастными психологическими особенностями потерпевших, которые не всегда контролируют травмоопасную ситуацию во время движения транспорта. Одним из мало изученных видов остается школьный травматизм. По характеру повреждений это большей частью ушибы, разрывы мягких тканей и связок, вывихи, повреждения опорно-двигательного аппарата. Наиболее распространённый данный вид травмы среди подростков вследствие их неограниченной и не контролируемой активности, поскольку большая часть таких травм (около 70%) возникает на перерывах и вне уроков. К спортивным относят травмы, которые возникают во время организованных и

неорганизованных занятий спортом и спортивным состязаний. Уровень таких травм является достаточно высоким также у подростков и детей школьного возраста.

Выводы. Анализ архивных материалов Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы позволил сделать такие выводы: Частота случаев детского травматизма имеет определённую сезонность – то есть увеличивается на протяжении весенне-летнего периода. У потерпевших 1- 4 лет превалируют бытовые травмы, которые возникают дома и связаны главным образом с неадекватным присмотром за ребенком или с жестоким обращением с ними. Отличия поведения детей обуславливают распределение повреждений, в основном черепно-мозговых травм, по половому признаку, поскольку у мальчиков они встречаются в 3 раза чаще, чем у девочек. Кроме того, актуальным являются также возрастные особенности, больше половины определяется в возрастной группе детей 7-12 лет. У «более старших» возрастных групп доминируют бытовые и транспортные травмы. Особое место в структуре детского травматизма занимают травматические повреждения центральной нервной системы, в частности черепно-мозговые травмы. Травмы позвоночника и спинного мозга составляют до 20% всех травматических повреждений нервной системы.

Тихонова О.О., Семеняченко А.М.

ЗНАЧЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТКАНИН ДЛЯ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ

Кафедра судової медицини, медичного правознавства

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Ольховський В.О.

Мікроскопічне (гістологічне) дослідження в судовій медичній експертизі виконується як додатковий метод під час судово-медичної експертизи трупа або як самостійна експертиза речового доказу, яким є біологічна тканина.

Судово-медична експертиза трупа без гістологічного, в т.ч. гістохімічного, дослідження тканин та органів від нього є неповноцінною, бо унеможливорює діагностику ряду патологічних процесів, які дозволяють встановити вид, давність, характер, прижиттєвість ушкоджень, давність настання смерті за проявом трупних змін тощо. Іноді гістологічне дослідження буває єдиним доказом у вирішенні питання про причину та механізм розвитку смерті не лише внаслідок захворювань (гостра ішемія міокарда, крововилив у стовбур головного мозку, туберкульозний лептоменінгіт тощо), а й внаслідок ушкодження (рефлекторна смерть, дифузне аксональне ушкодження головного мозку, жирова емболія тощо). Дані гістологічного дослідження дозволяють з'ясувати танатогенез та роль у ньому супутніх (фонових) процесів та захворювань. Зокрема, гістологічне дослідження дозволяє визначити давність заподіяння ушкодження тканин головного мозку. У разі смерті на місці події під час гістологічного дослідження виявляють свіжі еритроцити, стиснуті судини без ознак зміни їх стінок. Аналогічні зміни є і в м'якій мозковій оболонці.

Через 30-40 хвилин після травми в тканині мозку утворюються "кров'яні озера", де мозкова тканина просочена кров'ю та некротизована. Від 12-ї години до кінця 1-ї доби відбувається некроз мозкової тканини, еритроцити в зоні крововиливу гемолізуються, утворюється бурий пігмент, з'являються нитки фібрину, лейкоцити та макрофаги. На 8-10 добу переважають процеси резорбції та з'являються ознаки організації. Гліальні рубці з'являються приблизно через 2 місяці.