

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

Тягунов Д.В.¹, Столяров В.В.²

¹КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы», филиал «отделение в городе Сургуте», Сургут, e-mail: for.expert@mail.ru;

²БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, e-mail: stolyarov vv@surgu.ru

Бактериальные инфекции новорожденных имеют важное значение в структуре заболеваемости новорожденных и являются важной причиной в структуре смертности. В работе представлен судебно-медицинский экспертный анализ случая смерти новорожденного младенца, родившегося в домашних условиях, после попытки оказания родителями доврачебной помощи. Рассмотрены результаты производства судебно-медицинской экспертизы трупа младенца и исследования плаценты. В ходе производства экспертизы трупа выявлено повреждение легкого, которое образовалось при оказании доврачебной помощи путем дыхания «изо рта в рот». Приведены данные судебно-гистологического исследования биологических объектов, изъятых в ходе производства экспертизы, которые наряду с данными наружного и внутреннего исследования свидетельствовали о наличии у младенца серьезной патологии - сепсиса. Кроме того, были установлены патологические изменения в плаценте в виде хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности, серозного децидуита, что связано с воспалительными изменениями в плаценте и привело к нарушению маточно-плацентарного и плодно-плацентарного кровообращения, сопровождавшегося хронической внутриутробной гипоксией плода. Данная патология обычно развивается при экстра- или урогенитальных заболеваниях у беременных, осложнениях беременности и является причиной перинатальной / постнатальной заболеваемости и летальности. В данном случае имелись неблагоприятные условия течения беременности, способствовавшие развитию сепсиса у ребенка, при срочных домашних родах обусловленные аспирацией или заглатыванием околоплодных вод и/или инфицированного содержимого родовых путей. На основании судебно-медицинской экспертизы трупа новорожденного, данных дополнительных методов исследования, с учетом известных обстоятельств дела установлена причина наступления смерти младенца. Дано обоснование невозможности судебно-медицинской оценки обнаруженных в ходе экспертизы повреждений.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, домашние роды, сепсис новорожденного, баротравма, зрелость, исследование трупа, исследование плаценты, оказание доврачебной помощи.

FORENSIC EXPERT ANALYSIS OF THE CASE OF DEATH OF A NEWBORN AFTER RENDERING FIRST AID

Tyagunov D.V.¹, Stolyarov V.V.²

¹ KU of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug-Ugra "Bureau of Forensic Medical Examination", "branch in the city of Surgut", Surgut, e-mail: for.expert@mail.ru;

² BU in KhMAO-Ugra «Surgut State University», Surgut, e-mail: stolyarov vv@surgu.ru

Bacterial infections and sepsis of newborns occupy the first place in the structure of neonatal morbidity and are the leading cause in the structure of mortality. The article presents a forensic expert assess of the death of a newborn baby born at home after an attempt by parents to provide first aid. The results of the forensic medical examination of the corpse of an infant and the study of the placenta are considered. In the course of the examination of the corpse, lung damage was revealed that was formed during the provision of first aid by breathing «from mouth to mouth». The data of forensic histological examination of biological objects seized during the examination, which along with the data of external and internal studies indicated the presence of a serious pathology in the infant - sepsis. In addition, pathological changes in the placenta were established in the form of chronic subcompensated placental insufficiency, serous deciduitis, which is associated with inflammatory changes in the placenta, and led to a violation of the utero-placental and fetal-placental circulation, accompanied by chronic intrauterine hypoxia of the fetus. This pathology usually develops with extra- or urogenital diseases in pregnant women, pregnancy complications and is the cause of perinatal / postnatal morbidity and mortality. In this case, there were unfavorable conditions for the course of pregnancy that contributed to the development of sepsis in the child during childbirth through the natural birth canal of the mother due to aspiration or ingestion of infected amniotic fluid and / or infected secrets of the birth canal. Based on the forensic examination of the corpse of the newborn, data of additional research methods, taking into account the well-known circumstances of the

case, the cause of the infant's death is established. The substantiation of the impossibility of a forensic medical assessment of injuries found during the examination is given.

Keywords: forensic medical examination, home birth, neonatal sepsis, barotrauma, maturity, corpse examination, placenta examination, pre-medical care.

Бактериальные инфекции новорожденных имеют огромное значение в структуре заболеваемости новорожденных и являются важной причиной в структуре смертности, по данным ВОЗ, составляют до 1/3 всех наблюдений. Гибель новорожденных от сепсиса достигает 30-40%, а в случае развития септического шока смертность достигает 58-60% [1].

По данным современной научной литературы выделяют ранний и поздний неонатальный сепсис. Считается, что ранний неонатальный сепсис развивается в первые 72 ч после рождения из-за чресплацентарного или восходящего инфицирования условно-патогенной микрофлорой организма матери. В развитых странах основными возбудителями сепсиса являются гемолитические стрептококки группы В, кишечная палочка, стафилококки, гемофильная палочка и листерии. Поздний неонатальный сепсис развивается в период 4-90 дней жизни, и среди основных возбудителей в большинстве лабораторных исследований выделяют золотистый стафилококк, кишечную палочку, клебсиеллы, синегнойную палочку, энтеробактерии, кандиды, гемолитические стрептококки группы В и анаэробы [2]. Среди факторов риска развития выделяют хориоамниониты и вагинальные инфекции, причем, по данным G.J. Chan (2013), лабораторно подтвержденные материнские инфекции увеличивают риск развития раннего неонатального сепсиса в 6,6 раза. Факторы риска позднего неонатального сепсиса подобны таковым для развития любой другой внутрибольничной инфекции с коррекцией на особенности периода новорожденности, особенно у глубоко недоношенных детей [2; 3].

Экспертные исследования трупов новорожденных в практике государственных судебно-экспертных учреждений назначаются и проводятся достаточно редко, имеют специфические особенности, связанные с морфофункциональными особенностями организма новорожденных младенцев. Врачи судебно-медицинские эксперты должны владеть информацией о формировании постнатальных изменений у младенца после рождения для понимания и для объективной оценки его состояния (новорожденность, живорожденность, мертворожденность, жизнеспособность, доношенность, зрелость). Решение указанных вопросов имеет важное значение при расследовании следственными органами случаев насильственной и ненасильственной смерти и для правильной юридической трактовки событий [4].

Материалы и методы исследования

В нашей практике встретился достаточно интересный для экспертного анализа случай исследования трупа новорожденного младенца. 10.11.2019 года около 16 часов 05 минут в

отдел УМВД поступило сообщение от бригады скорой медицинской помощи о констатации смерти ребенка мужского пола. Следственным отделом по городу Сургут следственного управления по ХМАО-Югре была инициирована проверка в отношении родителей П. по факту наступления его смерти.

При допросе матери П. в ходе предварительного расследования установлено, что гр. А., 1984 г.р., в конце февраля 2019 г. узнала, что беременна, однако в лечебные учреждения не обращалась, потому что «посчитала так нужным. Беременность протекала хорошо, не было поводов обращаться в больницу, все было хорошо. 08.11.2019 г. я почувствовала, что начинаю рожать, роды приняли в воде в ванной вместе с супругом, в 15-40 час. 08.11.2019 г. родился наш ребенок. Роды решили принимать сами, смотрели видео на канале YouTube, как это делается. Первого ребенка, 31.03.2015 г.р., мы тоже рожали сами, т.е. роды принимали сами, но в тот раз я на учете вставала в поликлинику, в этот раз не захотела вставать, так как не хотела ходить по врачам, сдавать анализы и т.д. Роды прошли хорошо, благополучно, когда ребенок родился, начал хорошо кушать, вел себя хорошо, т.е. никаких отклонений не было у него, я тоже чувствовала себя хорошо. Все эти дни ребенок чувствовал себя хорошо, ручки и ножки шевелились хорошо...

10.11.2019 г. утром ребенок покушал, и уже после обеда я его кормила, он был вялый, немного покушает и засыпает, был слабый, мы с супругом решили вызвать скорую помощь около 15-40 час., так как ребенок после кормления уснул, и когда подошло время просыпаться ребенку, я его взяла на руки, и он был очень слабый, я начала растирать ручки и ножки, но он как будто не выпался и хотел еще спать. Мы решили вызвать скорую помощь, до приезда скорой помощи ребенок дышал, а когда врачи скорой помощи приехали, ребенок уже не дышал, и они констатировали смерть ребенка... До приезда скорой помощи муж оказал первую помощь ребенку, а именно сделал два вдоха в рот и 30 нажатий одним пальцем в область груди. Когда приехали врачи скорой помощи, они тоже оказали помощь ребенку, а именно подключили ребенку кардиограмму. Она ничего не показала, и они констатировали смерть ребенка, больше врачи ничего не делали...»

Труп младенца был направлен в морг филиала «Отделение в городе Сургуте» КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» для проведения судебно-медицинского исследования. На разрешение экспертов сотрудниками Следственного отдела СК СУ ХМАО-Югры в г. Сургут были поставлены следующие вопросы: «Причина смерти младенца? Какова давность наступления смерти младенца? Какие повреждения имеются на трупе, количество и локализация, характер и степень тяжести? Какое повреждение явилось причиной смерти младенца? Через какое время наступила смерть? Если имеются

повреждения, все ли они прижизненны? Каково орудие причинения повреждений? Имелись ли какие-либо заболевания, патологии, которые привели к смерти?».

В ходе производства судебно-медицинской экспертизы были получены следующие данные: трупные пятна имели разлитой характер, синюшно-фиолетовую окраску, хорошо интенсивно выраженные, занимали переднюю и заднюю поверхности тела и конечностей, за исключением выступающих участков на спине, суставов, ягодиц. Кожа бледная, холодная, сухая, с явлениями шелушения и мацерации в области складок...

Пупочное кольцо связано с пупочным канатиком, он подсохший, тусклый, коричневого цвета, длина пупочного канатика 2,2 см, перевязан красной нитью, свободный конец пуповины имеет ровные края со следами пересечения в косо-продольном направлении. Края пупочного кольца гиперемированы, отечны, покрыты плотной красно-бурой корочкой, постороннего отделяемого из пупочной раны нет. До вскрытия полости черепа и пересечения сосудов, перед извлечением органокомплекса проведена проба на пневмоторакс: выполнен секционный разрез по средней линии груди, мягкие ткани груди максимально отсепарованы в виде «карманов» и заполнены водой. Под водой произведены проколы межреберных мышц по среднеключичным линиям: справа – получены пузырьки воздуха (проба положительная), слева - пузырьков воздуха не получено... Борозды и извилины мозга сглажены, уплощены. Полушария головного мозга симметричные, извилины рельефные. На основании моста и нижней поверхности миндалин мозжечка имеется С-образная полоса от давления краем большого затылочного отверстия глубиной до 0,2 см, шириной -0,2 см... Левое лёгкое заполняет полностью плевральную полость. Спаек между листками легочной и пристеночной плевры в полостях нет. Правое легкое несколько спавшееся, в правой плевральной полости выявлено около 30 мл жидкой темно-красной крови. В плевральной области слева и в брюшной полости следы прозрачной жидкости желтоватого цвета. Масса правого легкого - 45 г, левого – 30 г. Лёгкие с поверхности гладкие, синюшно-красные, пониженной воздушности, с очаговыми уплотнениями, эластичные на ощупь; без наложений. Под легочной плеврой на переднебоковой поверхности в области верхней доли правого легкого имеется очаговое внутритканевое кровоизлияние, с четкими контурами темно-красного цвета, блестящее, размерами 0,6x0,7 см, которое пропитывало легочную ткань на глубину до 0,3 см. Легочная плевра на всем протяжении тонкая, прозрачная, гладкая, блестящая, за исключением участка в проекции очагового кровоизлияния в верхней доле правого легкого, на котором выявлен линейный разрыв плевры длиной до 0,2 см. Ткань лёгких на разрезе неравномерного кровенаполнения, пестрой серо-розовой окраски, участки отека ткани темно-красного цвета чередуются с серо-розовыми светлыми участками и периферическими участками альвеолярного вздутия, с поверхности разреза стекает большое количество серо-розовой

мутной пенистой жидкости с примесью полупрозрачной белесоватой слизи из бронхов...

Позвоночный канал вскрыт: врожденных пороков развития (аплазия, расщепление, наличие грыж и т.п.), каких-либо повреждений не обнаружено.

На основании установленных в ходе экспертизы трупа патоморфологических находок был сформулирован судебно-медицинский диагноз: а) Травматический гемопневмоторакс S27.2; б) Эффекты воздействия атмосферного давления T70.8; г) Случаи уточненной угрозы дыханию W 83.0.

Необходимо отметить, что при анализе специальной научной литературы нам не встретилось сообщений о повреждении легких у детей при оказании доврачебной помощи путем дыхания «изо рта в рот», имеются лишь сообщения о баротравме легких при проведении ИВЛ [5]. Однако данное осложнение нередко имеет место в случаях оказания помощи взрослыми детям из-за разницы дыхательных объемов легких.

Дополнительно представлена плацента, соединенная с пуповиной, завернутая в черный полиэтиленовый пакет. Интересно, что до момента направления на судебно-медицинскую экспертизу плацента хранилась в морозильной камере на кухне квартиры, где произошли роды. Исследование плаценты проводилось в соответствии с современными рекомендациями [6; 7]. Осмотром плаценты установлено: вес ее - 320 г, диаметр диска - 16,5 см, толщина плаценты в средней части - 1,7 см, по краям - около 1,5 см.

1. Исследование пуповины: свободный край пуповины волнистый, неровный, серо-розовый, несколько мацерирован, длина сохранный части - 54 см, диаметр - 1,1 см, расстояние между местом отхождения пуповины от близкого края плацентарного диска 7 см. Пуповина сочная, влажная, студенистая, перламутрово-розовая. На разрезе определяются одна вена и две артерии, сосуды и их просветы запустевшие, патологических очагов (разрывов, узлов, варикозно расширенных сосудов, стриктур) не выявлено. Под наружной оболочкой пуповины на всем протяжении имеются очаговые блестящие студенистые темно-красные кровоизлияния в виде выпячиваний, выступающих над поверхностью неизменной пуповины, диаметром от 0,8 до 1,4 см.

2. Исследование плаценты: материнская часть имеет форму правильного диска, с ровными краями, эластичная, крупнодольчатая, с глубокими бороздами, красно-коричневого цвета, на поверхности зоны бледной окраски (ишемии) чередуются с мелкоочаговыми кровоизлияниями, без дефектов. На материнской поверхности диска плаценты имеются внутриплацентарные гематомы, в виде пластинчатых свертков, темно-красного цвета, рыхлой консистенции, размерами на участках неправильно овальной формы 4x1,5 см и 3,0x1,0 см, имеющих толщину до 0,9 см, расположенные практически диаметрально противоположно. Плодная поверхность плаценты - тонкая, полупрозрачная, серо-розовая, без выраженных

дефектов.

Из заключения эксперта (судебно-гистологическая экспертиза) - головной мозг (4): мягкая мозговая оболочка больших полушарий резко утолщена, отечна, с диффузной обильной инфильтрацией лимфоцитами, с повреждением пограничной пластинки и проникновением инфильтрата в поверхностные слои коры, в веществе больших полушарий и ствола выраженный периваскулярный и перичеллюлярный отек, выраженный деструктивный отек белого вещества, вплоть до стояния кривозности, нейроны с выраженными дистрофическими изменениями: бледность окраски, стертость границ клеток, нейроны разных размеров, некоторые имеют вытянутую форму, множественные клетки-тени, часть нейронов с колликвационным некрозом, сателлитоз, нейронофагия, поля выпадения нейронов, обеднение коры пирамидными клетками, выраженная пролиферация глии, резкое полнокровие сосудов вещества мозга и мягкой мозговой оболочки, множественные периваскулярные кровоизлияния. Сердце (4): кардиомиоциты нормальных размеров, очаги фрагментации кардиомиоцитов, на одном срезе очаговая круглоклеточная инфильтрация стромы, отек стромы, резкое полнокровие сосудов. Легкие (6): межальвеолярные перегородки утолщены, с лимфоцитарной инфильтрацией, в просветах многих альвеол лимфоциты, лейкоциты, эпителий большинства бронхов сохранен на базальной мембране, просветы бронхов звездчатой формы, многие заполнены кровью, стенки бронхов спазмированы, с умеренно выраженной лимфоцитарной инфильтрацией, в ткани легкого очаговые кровоизлияния, резкое полнокровие капилляров и крупных сосудов, в просветах многих сосудов лейкоциты, эритроцитарные сгустки. Надгортанник (1): сохранного строения, полнокровие. Трахея (1): отек и резкое полнокровие слизистой оболочки, мелкоочаговые диапедезные кровоизлияния, слабовыраженная круглоклеточная инфильтрация слизистой, подслизистой оболочки. Лимфоузел (1): резкое полнокровие пульпы. Печень (2): гепатоциты с мелкозернистой цитоплазмой, в паренхиме определяются множественные очаги экстрамедуллярного кроветворения, резкое полнокровие синусоидных капилляров. Почка (1): капилляры клубочков неравномерного кровенаполнения, преимущественно малокровны, межканальцевые капилляры в корковом веществе малокровны, в юкстамедуллярной зоне резко полнокровны, нефротелий с набухшей мелковакуолизированной цитоплазмой, мелкоочаговые диапедезные кровоизлияния в околопочечной жировой клетчатке. Надпочечник (1): умеренно выраженная делипоидизация клеток коркового слоя. Мелкоочаговые диапедезные кровоизлияния в околонадпочечниковой жировой клетчатке. Селезенка (2): резкое полнокровие красной пульпы, фолликулы нормальных размеров, с появлением молодых форм гемопоэза в красной пульпе, слабовыраженная инфильтрация лейкоцитами красной пульпы. Желудок (1): сохранного строения, полнокровие сосудов

слизистой оболочки. Тимус (1): корковый слой широкий, темный, с умеренно выраженной макрофагальной реакцией, мозговой светлый, с мелкими тельцами Гассалья, некоторые тельца Гассалья некротизированы, резкое полнокровие сосудов, множественные диапедезные кровоизлияния в строме. Толстый и тонкий кишечник (3): слизистая частично аутолизирована, гомогенизирована, полнокровие сосудов. Пупочное кольцо (2): клетки эпидермиса в некоторых участках с вакуолизированной цитоплазмой. В эпидермисе, дерме, в соединительной и жировой ткани выраженная, диффузная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация (большая часть лейкоцитов в виде гнойных телец). Лейкостазы, краевое стояние лейкоцитов в сосудах. Тромбоваскулит сосудов пуповины. Пуповина (2): пупочные сосуды сокращены, кровоизлияния, инфильтрация отсутствует. Плацента (8): терминальные пластины отсутствуют, в основании крупных ворсин признаки склероза и редкие петрификаты, склероз сосудов, в одном из срезов зона псевдоинфаркта с участками петрификации и организации, малочисленные синтициальные почки, децидуальная базальная пластинка инфильтрирована лимфоцитами, под децидуальной пластинкой скопление лизированных эритроцитов и выпадение фибрина, лимфоцитарная инфильтрация и выраженный отек стромы, под децидуальной пластинкой скопление свертков крови в виде лизированных эритроцитов, лейкоцитов и фибрина, с перифокальной лейкоцитарной реакцией. Окраска мазков-отпечатков по Павловскому (трахея, бронхи, надгортанник): в мазке видны клетки эпителия (реснитчатые, вставочные и бокаловидные клетки), в цитоплазме эпителиальных клеток базофильных и эозинофильных включений не определяется.

Судебно-гистологическое заключение: «Морфологические признаки генерализованной инфекции: серозно-гнойная пневмония, острый серозный менингоэнцефалит, серозно-гнойный омфалит, очаговый серозный миокардит, острый трахеит. Плацента 2-3 триместра (диссоциативный тип), очаговый серозный базальный децидуит, хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность. Деструктивный отек головного мозга, выраженные дистрофические изменения нейронов. Инфекционная гиперплазия селезенки. Акцидентальная инволюция в тимусе 2 стадии. Функциональное истощение надпочечника. Очаговые кровоизлияния в ткани легкого, наличие крови в просветах бронхов, спазм бронхов. Гемоциркуляторные нарушения в органах в виде резкого полнокровия сосудов, множественных диапедезных кровоизлияний; признаки шунтирования кровотока в почках».

После получения результатов лабораторных (судебно-гистологического и судебно-химического) исследований сформулирован окончательный диагноз:

Младенец мужского пола, новорожденный (подсохшая пуповина с выраженной демаркационной линией у места её прикрепления к брюшной стенке, отсутствие крови и

сыровидной смазки на теле, меконий в кишечнике), доношенный (окружность груди – 31 см, точка окостенения в нижнем эпифизе бедра диаметром 0,5 см), зрелый (эластичная кожа, ногти на руках выступают за подушечки пальцев, на ногах доходят до краев пальцев, яички находятся в мошонке), живорождённый (положительные плавательные пробы), жизнеспособный (отсутствие врождённых уродств и пороков развития, несовместимых с жизнью). Срок внутриутробного развития соответствует 9-10 лунным месяцам (длина тела 53 см, масса 2700 г.).

Основное заболевание/состояние: Сепсис новорожденного на фоне внутриутробной инфекции: двусторонняя очаговая серозно-гнойная пневмония, острый трахеит, острый серозный менингоэнцефалит, очаговый серозный миокардит, серозно-гнойный омфалит, инфекционная гиперплазия селезенки, акцидентальная инволюция тимуса 2 стадии, очаговый серозный базальный децидуит. Осложнение: Инфекционно-токсический (септический) шок: деструктивный отек головного мозга, выраженные дистрофические изменения нейронов, гемоциркуляторные нарушения в органах в виде резкого полнокровия сосудов, множественных диапедезных кровоизлияний; признаки шунтирования кровотока в почках, функциональное истощение надпочечника. Сопутствующие: Разрыв верхней доли правого легкого: наличие разрыва на наружной поверхности правого легкого (гистологически: очаговые кровоизлияния в ткани легкого, наличие крови в просветах бронхов). Правосторонний гемопневмоторакс (30 мл крови). Плацента II-III триместра (диссоциативный тип). Хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

После получения результатов лабораторных исследований оформлено окончательное медицинское свидетельство о смерти: I. а) Септический шок; R57.2; б) Сепсис новорожденных R36.9.

Заключение

На основании судебно-медицинской экспертизы трупа новорожденного П., 08.11.2019 г.р., данных дополнительных методов исследования, с учетом известных обстоятельств дела экспертами сформулированы следующие выводы:

Младенец мужского пола является новорожденным (подсохшая пуповина с выраженной демаркационной линией у места её прикрепления к брюшной стенке, отсутствие крови и сыровидной смазки на теле, меконий в кишечнике); доношенный (окружность груди – 31 см, точка окостенения в нижнем эпифизе бедра диаметром 0,5 см), зрелый (эластичная кожа, ногти на руках выступают за подушечки пальцев, на ногах доходят до краев пальцев, яички находятся в мошонке), живорождённый (положительные плавательные пробы), жизнеспособный (отсутствие врождённых уродств и пороков развития, несовместимых с жизнью). Срок внутриутробного развития соответствует 9-10 лунным месяцам (длина тела 53

см, масса 2700 г).

Судя по наличию выраженного демаркационного кольца вокруг пупка, подсыханию пуповины, наличию мекония в прямой кишке, исчезновению родовой опухоли, продолжительность жизни младенца после родов составляет от 2 до 5 суток. Пуповина пересечена предметом с острой кромкой.

Причиной наступления смерти новорожденного П., 08.11.2019 г.р., явился сепсис (генерализованная инфекция), который развился на фоне внутриутробной инфекции, о чем свидетельствуют: двусторонняя тотальная серозно-гнойная пневмония, острый серозный менингоэнцефалит, очаговый серозный миокардит, острый трахеит, серозно-гнойный омфалит, инфекционная гиперплазия селезенки, очаговый серозный базальный децидуит, хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность. Данное состояние без оказания квалифицированной медицинской помощи осложнилось наступлением инфекционно-токсического (септического) шока, что привело к наступлению летального исхода.

По данным судебно-гистологического исследования были установлены патологические изменения в плаценте в виде хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности, серозного децидуита, что связано с воспалительными изменениями в плаценте и привело к нарушению маточно-плацентарного и плодо-плацентарного кровообращения, сопровождавшегося хронической внутриутробной гипоксией плода (нарушением поступления кислорода).

Данная патология обычно развивается при экстра- или урогенитальных заболеваниях у беременных, осложнениях беременности и является причиной перинатальной/постнатальной заболеваемости и летальности. В данном случае имелись неблагоприятные условия течения беременности, способствовавшие развитию сепсиса у ребенка, при родах через естественные родовые пути матери за счет аспирации или заглатывания инфицированных околоплодных вод и/или инфицированных секретов родовых путей.

На основании полученных данных можно сделать вывод о причинно-следственной связи между внутриутробным инфицированием и развитием сепсиса новорожденного П. на фоне длительно протекающей плацентарной недостаточности.

При исследовании трупа новорожденного П. обнаружено повреждение – разрыв верхней доли правого легкого со скоплением крови (30 мл) и воздуха в правой плевральной полости. Данное состояние могло быть вызвано образованием избыточного давления в легком, вероятнее, при попытках оказания первой помощи путем искусственного дыхания («изо рта в рот»).

В связи с тем что у младенца имелось угрожающее жизни заболевание - септический

шок, который клинически протекает с нарушением дыхания, сознания и в терминальной стадии наступлением клинической смерти, ребенку требовалось экстренное оказание специализированной медицинской помощи. В данном случае указанное повреждение явилось следствием оказания неквалифицированной доврачебной помощи, возникло в процессе умирания (при наступлении клинической смерти), в промежуток времени, исчисляемый несколькими минутами до наступления биологической смерти.

Таким образом, данное повреждение не оказало влияния на предотвращение и закономерное наступление смертельного исхода, обусловленного заболеванием, вследствие чего не состоит в причинно-следственной связи с наступлением смерти и не подлежит оценке по степени тяжести телесных повреждений, которые применимы в отношении живых лиц.

Список литературы

1. Дегтярева М.В., Самсыгина Г.А., Шабалов Н.П., Буслаева Г.Н., Чубарова А.И., Дегтярев Д.Н., Ионов О.В., Байбарина Е.Н. Сепсис у новорожденных и детей раннего возраста//Сепсис: классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение: Практическое руководство, 4-е изд., доп. и перераб. М.: МИА, 2017. С. 294-321.
2. Anderson-Berry A.L., Rosenkrantz T. Neonatal sepsis. 2014. [Электронный ресурс]. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/978352-overview> (дата обращения: 10.01.2020).
3. Chan G.J., Lee A.C.C., Vaqui A.H., Tan J., Black R.E. Risk of early-onset neonatal infection with maternal infection or colonization: a global systematic review and meta-analysis. PLoSMed. 2013. V. 10(8). P.1001502.
4. Тягунов Д.В., Тягунова И.Ф. Алгоритм экспертных исследований при подозрении на детоубийство (случай из практики) // Интеграция наук. 2019. № 2 (25). С. 50-55.
5. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Чирков С.В. К проблеме ятрогенной патологии // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики: сборник научно-практических работ. Новосибирск, Томск: STT, 2014. Вып. 20. С. 296-302.
6. Правила проведения патологоанатомических исследований плаценты Класс XV и XVI МКБ-10. Клинические рекомендации / Сост. Г.А. Франк и др. Российское общество патологоанатомов. М., 2017. 74 с.
7. Приказ от 6 июня 2013 года N 354н.О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий. [Электронный ресурс]. URL: <http://docs.cntd.ru/document/499028407> (дата обращения: 10.01.2020).