

**ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" МЗ РФ**

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г.
Подзолкова с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Чикун В.И.

Руководитель: д.м.н., профессор Чикун В.И.

Реферат

На тему: «Судебно-медицинская диагностика трупов
новорожденных»

Выполнила:

Ординатор 1 года

очной формы обучения

Червоня Наталья Юрьевна

Красноярск, 2018

Содержание

Актуальность	3
1. Вопросы, решаемые при исследовании трупов новорожденных	4
2. Определение новорожденности	5
3. Определение недоношенности, доношенности (зрелости), переносимости	8
4. Определение продолжительности внутриутробной жизни	11
5. Определение живорожденности и мертворожденности	11
6. Определение жизнеспособности	14
7. Определение продолжительности внеутробной жизни	14
8. Причины смерти плодов и новорожденных	15
Выводы	18
Список литературы	19

Актуальность

В настоящее время судебно-медицинским экспертам всё чаще приходится сталкиваться с исследованием трупов плодов и новорождённых.

Следует отметить, что данный вид исследований, сопряжён с большими трудностями в распознавании морфологических изменений и в определении причины смерти. Это обусловлено особенностями физиологии и патологии раннего периода жизни человека. Аналогичные анатомические изменения, которые могут встречаться как в самых ранних периодах развития человека, так и в зрелом возрасте, могут быть следствием различных факторов, а одни и те же повреждающие факторы могут вызывать в различные возрастные периоды различную реакцию органов и тканей.

Поэтому исследование трупов плодов и новорождённых является одним из сложных видов экспертизы и диктует необходимость всесторонней, теоретической и практической подготовки судебно-медицинских экспертов в вопросах патологической морфологии и патологической физиологии новорождённых.

1. Вопросы, решаемые при исследовании трупов плодов и новорожденных

В случаях обнаружения трупа новорождённого младенца всегда возникает подозрение в его насильственной смерти. Само исследование трупов новорождённых младенцев и плодов имеет свои особенности, как в отношении техники вскрытия, так и в решении специальных вопросов, которые обычно ставятся работниками правоохранительных органов перед судебно-медицинским экспертом. Как правило, при таких исследованиях полностью отсутствуют сведения о течении беременности и родов, о заболеваниях рожениц и состоянии ребёнка после рождения, так как труп может быть обнаружен случайно, при различных обстоятельствах. Мать обычно неизвестна, её личность устанавливают в процессе расследования. В таких случаях заключение судебно-медицинского эксперта нередко основывается лишь на результатах самого вскрытия трупа, дополнительных исследованиях и имеющихся сведениях. Бывают случаи, когда смерть новорождённого может наступить дома у женщины, скрывавшей беременность и роды, а также при родах на улице, в транспорте, в общественных местах. Когда женщину доставляют с мёртвым ребёнком в лечебное учреждение, часто возникает подозрение в его насильственной смерти. Однако смерть новорождённого может быть и ненасильственной, если она обусловлена родовой травмой, или наступила при самопомощи во время родов. Эти повреждения имеют свои особенности, должны быть известны эксперту и правильно им оценены. Следует различать раннюю, промежуточную и позднюю фетальную смерть, а в структуре младенческой смертности – перинатальную, раннюю неонатальную и позднюю неонатальную смертность, исходя из периодизации новорождённости.

- *Ранняя смерть плода* – смерть до окончания 20 полных недель беременности.

- *Промежуточная смерть плода* – смерть после конца 20 недель беременности, но ранее 28 недель беременности.

- *Поздняя смерть плода* – смерть плода после 28 недель беременности, т.е. мертворождение.

- *Перинатальный период* – от 22 недель гестации до 6 дней 23 часов 59 минут.

Неонатальный период длится от момента рождения до 28 дней жизни; в нем выделяют *ранний неонатальный период* – от рождения до полных 7 суток жизни (168 часов) и *поздний неонатальный период* – от 8 суток до 28 дней жизни.

Уголовный кодекс Российской Федерации (1996) предусматривает особую статью (ст. 106) за убийство матерью своего новорождённого ребенка во время или сразу же после родов, а равно за убийство матерью новорождённого ребенка в условиях психотравмирующей ситуации или в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости. Исходя из этого, при проведении исследования судебно-медицинский эксперт обязан решить ряд специальных вопросов, таких как:

- был ли младенец новорождённым;
- были ли он доношенным (зрелым);
- какова продолжительность его внутриутробной жизни;
- родился ребенок живым или мёртвым;
- был ли новорождённый жизнеспособным;
- какова продолжительность его жизни после рождения;
- какова причина его смерти.

2. Определение новорожденности

В судебно-медицинской практике понятие новорождённости отличается от такового в педиатрии и акушерстве. Клиницисты говорят о периоде новорождённости, как о периоде приспособления ребёнка к условиям внеутробного существования. Он начинается после рождения ребёнка и продолжается в течение 28 дней после родов. За это время организм новорождённого вполне адаптируется к жизни вне организма матери. С судебно-медицинской точки зрения, новорожденность - это короткий промежуток времени от момента рождения до конца первых суток. Это обусловлено юридическим определением убийства матерью новорождённого ребёнка. Признаками того, что ребёнок только что родился, являются:

- сочная, влажная пуповина;

- сыровидная смазка;
- родовая опухоль;
- помарки крови;
- меконий (первородный кал);
- наличие плаценты.

Некоторые из этих признаков сохраняются в течение нескольких дней после родов.

Послед - совокупность внезародышевых частей плодного яйца, обеспечивающая двустороннюю связь между плодом и организмом матери. Послед состоит из плаценты, плодных оболочек и пуповины, связанных в анатомическом и функциональном отношениях и выполняющих сложнейшие функции в течение беременности и родов.

Плацента (детское место) - провизорный орган, образующийся во время беременности и обеспечивающий связь плода с организмом матери — в некоторых случаях доставляется на исследование вместе с трупом новорождённого. Если она соединена с пуповиной, то это является доказательством новорождённости.

Пуповина - шнуровидный орган, соединяющий плод с плацентой, через который осуществляется плодно-плацентарное кровообращение. У доношенного плода она обычно имеет длину 50 — 60 см и толщину 1,5 — 2 см. Пуповина у новорождённого обычно сочная, влажная, студенистая, перламутрового вида, белого цвета. У трупа пуповина подсыхает и может стать очень сухой. Пуповина живого ребёнка тоже подсыхает и через некоторое время отпадает. Поэтому нужно установить, высохла ли пуповина на трупе или это произошло физиологически, при жизни ребёнка. Если ребёнок родился живым, то к концу первых суток у основания пуповины, в области пупочного кольца, появляется реактивное воспаление в виде красноватой каймы (демаркационное кольцо). В этом месте пуповина отделяется и отпадает на 4-й — 11-й день. Полное отсутствие демаркационного кольца, либо начальные признаки его образования несомненное доказательство новорождённости. Об этом также свидетельствует и ненарушенное соединение пуповины с последом.

Патологические изменения пуповины могут быть причиной внутриутробной смерти ребёнка. Пуповина длиной до 100 см и более может обвить шею ребёнка (иногда, неоднократно). В случае обвития шеи плода пуповиной, при движении по родовым путям, может наступить задушение его от сдавления сосудисто-нервных пучков, органов шеи натягивающейся пуповиной.

Сыровидная смазка - мазевидной консистенции, жирная белесовато-сероватая масса, покрывающая кожные покровы новорождённого. Как правило, скопления сыровидной смазки располагаются в подмышечных, паховых областях, на голове, в ягодичных складках. Один плод бывает густо покрыт сыровидной смазкой, другой — в незначительном количестве. При хорошо проведенном туалете новорождённого она отсутствует.

Родовая опухоль - серозно-красноватое пропитывание мягких тканей предлежащей части плода (голова или ягодицы и мошонка). Она бывает хорошо выражена или незначительно, постепенно переходя в обычную окружающую ткань. На разрезах родовая опухоль имеет студневидный характер и красновато-желтоватую окраску. Она рассасывается обычно в течение 1 — 2 суток. Если сжатие головки в родовых путях было длительным и сильным, может образоваться кровяная опухоль (кефалогематома) — скопление крови под надкостницей чаще теменных, реже — затылочной костей. В зависимости от величины кефалогематома рассасывается через 2 — 4 недели.

Помарки крови на теле трупа плода - свидетельство новорождённости, если они происходят из родовых путей матери (при отсутствии на её теле повреждений, которые могли бы быть источниками наружного кровотечения). Такие следы необходимо собирать (изымать) отдельно для определения их групповой принадлежности. Также необходимо брать кровь из сосудов новорождённого (плода).

Меконий (первородный кал) - представляет собой тёмно-зеленую оливковую, густую, вязкую (изредка коричневатую или красноватую от примеси крови) массу, которая может быть обнаружена в толстой кишке, в области заднего прохода, на ягодицах и на бедрах. В первые двое суток меконий из кишечника удаляется, изредка задерживается до 3 - х суток. Состав мекония в различные сроки внутриутробной жизни различен, что может быть использовано для установления возраста плода.

2. Определение недоношенности, доношенности (зрелости), переносимости

Под недоношенностью понимается рождение ребёнка при сроке менее 37 полных недель беременности, то есть, до 260 дня беременности.

Под доношенностью понимается рождение ребенка при сроке беременности от 37 до 42 недель беременности, то есть, между 260 и 294 днями беременности.

Под переносимостью принято считать рождение ребенка при сроке беременности 42 недели и более, то есть, на 295-й день и более.

Понятия доношенность и зрелость – нередко отождествляются, хотя это не совсем правильно. Это связано с тем, что практически все признаки и показатели доношенности одновременно свидетельствуют о зрелости. Как правило, доношенность и зрелость наступают одновременно к концу X лунного месяца беременности (внутриутробной жизни). Однако бывают варианты, когда ребёнок доношенный и незрелый (при определённых патологиях).

Под зрелостью следует понимать степень физического развития плода к моменту родов. По мере увеличения срока беременности возрастает и степень зрелости плода, и по достижении 10-го лунного месяца плод обычно становится зрелым.

Морфологические признаки недоношенного ребёнка:

- непропорциональное телосложение: голова 1/3 части тела, преобладание мозгового черепа над лицевым, пупочное кольцо ниже средней точки тела, большое туловище, короткие ноги;
- истончение подкожной основы;
- обильные пушковые волосы, наличие более густых волос на голове и более низкий их рост на лбу и затылке по сравнению с доношенными;
- иногда недоразвитие ногтей;
- очень частое расхождение прямых мышц живота;

- открытые большой родничок, малый родничок, боковые роднички и швы черепа;
- кости черепа тонкие, податливые при пальпации вследствие их низкой минерализации;
- ушные раковины мягкие;
- мошонка часто пустая, яички в паховых каналах или брюшной полости;
- у девочек зияние половой щели, большие губы не прикрывают малые, гипертрофия клитора;
- исчерченность стоп на 1/3;
- молочная железа < 5 мм.

Морфологические признаки доношенного ребёнка:

- голова составляет $\frac{1}{4}$ часть тела, в течение 2 –3 дней она сохраняет конфигурацию;
- кости черепа эластичные, могут находить друг на друга по сагиттальному шву и венечному шву, теменные кости могут находить на затылочную и лобную;
- окружность головы 33 – 36 см, большого родничка 2,5 – 3 см, окружность грудной клетки 32 – 34 см;
- кожа бархатистая, покрыта пушковыми волосами на плечах;
- достаточно развита подкожная основа;
- хорошо развит околососковый кружок 1 см и больше в диаметре;
- исчерченность подошв занимает $\frac{2}{3}$ их поверхности;
- хрящ ушной раковины упругий;
- ногти плотные;

- пупочное кольцо на середине расстояния между лоном и мечевидным отростком;

- яички опущены в мошонку;

- большие половые губы прикрывают малые.

Морфологические признаки переносенного ребёнка:

- истонченный и дряблый тургор подкожной основы;

- десквамация кожи ладоней и стоп;

- сухая, пергаментовидная, шелушащаяся кожа;

- отсутствие сыровидной смазки;

- зеленовато-желтушное окрашивание пуповины, кожи, ногтей;

- плотные кости черепа с закрытыми швами.

3. Оценка зрелости новорождённого

Доношенность (зрелость) плода определяется комплексом признаков, к которым относят: размеры и массу тела плода, наличие ядер окостенения и др. Длина тела доношенного плода колеблется от 47 до 62 см, но чаще бывает около 50—52 см.

Новорождённые, имеющие длину тела менее 45 см, считаются незрелыми. Определение доношенности (зрелости) новорождённых ростом от 45 до 47 см включительно производится в каждой конкретной экспертизе на основании тщательного учёта и анализа всех признаков, характеризующих это состояние.

Масса тела доношенного младенца подвержена значительным колебаниям. Критерии, учитывающие при оценке доношенности лишь массу тела, неточные, т.к. установлено, что среди детей с массой при рождении менее 2,5 кг, примерно 1/3 составляют доношенные, а средняя масса ребенка на 37 неделе беременности, при хорошем питании беременной женщины около 3,0 кг. В среднем она равна 3,0 — 3,5 кг. Плод массой менее 2,5 кг считается

ребёнком, родившимся с низкой массой тела, незрелым. При многоплодной беременности длина тела и масса новорождённых значительно меньше.

Характерным признаком зрелости плода является (устанавливаемый при проведении вскрытия) признак Беклера- наличие ядер окостенения (ядер Беклера) в пяточной кости (диаметр 8,0 - 10,5 мм), в таранной (6,5- 9,0 мм) и в нижнем эпифизе бедренной кости (5,0 - 7,0 мм). Ядра окостенения выглядят красноватыми образованиями округлой формы, располагающиеся на серовато-голубоватом фоне хрящевой ткани. Они сохраняются даже при значительно выраженном гниении трупа.

Доношенность (зрелость) характеризуется также достаточным развитием подкожной основы, наличием пушковых волос только в области плечевого пояса, волос на голове длиной не менее 2,0 - 3,0 см. При доношенности (зрелости) хрящи носа и ушных раковин должны быть эластичны, плотноваты, ногти на руках заходить за концы пальцев, а на ногах - достигать кончиков пальцев. Половые органы должны быть сформированы правильно. У мальчиков яички должны располагаться в мошонке, у девочек большие половые губы должны прикрывать малые и клитор.

4. Определение продолжительности внутриутробной жизни

В судебно-медицинской практике продолжительность внутриутробной жизни плода определяют в основном по длине его тела. При длине тела свыше 25 см производят деление на 5 и получают число лунных месяцев внутриутробной жизни. Если при делении получается остаток, то его считают показателем жизни в следующем месяце. При длине плода менее 25 см из полученной цифры извлекают квадратный корень.

К относительным показателям срока внутриутробной жизни плода можно отнести массу плаценты и длину пуповины. Обычно у доношенного младенца масса плаценты равна 1/5 массы младенца. Масса плаценты к концу 5-го лунного месяца составляет 175 г, к концу 6-го- 275 г, 7-го- 375, 8-го - 450 г, 9-го- 500 г. Длина пуповины к 7-му лунному месяцу составляет 42 см, к 8-му- 46 см, к 9-му- 47 см, к 10-му- 50 см (М.Г.Сердюков, 1964).

5. Определение живорожденности и мертворожденности

Живорождение – «...полное удаление или изъятие из матери продукта зачатия (независимо от продолжительности беременности, отделилась или

нет плацента, перевязана или нет пуповина), который после отделения дышит или имеет другие признаки жизни – сердцебиение, пульсацию пупочных сосудов или спонтанное движение мышц...».

Признаки живорождённости:

- самостоятельное дыхание;
- сердцебиение;
- пульсация пуповины;
- произвольные движения мышц.

При отсутствии всех четырёх признаков ребёнок считается мертворождённым и реанимации не подлежит.

Критерием живорождённости является возникновение внеутробного лёгочного дыхания у жизнеспособного плода. С первым криком и вдохом расправляются лёгкие, находящиеся в утробной жизни в спавшемся состоянии. Ребёнок одновременно начинает заглатывать воздух. Последний заполняет желудок и тонкую кишку в течение ближайших часов после рождения. Мёртворождённым считается жизнеспособный плод, умерший до, во время или вскоре после родов (до появления самостоятельного дыхания).

Для определения живорождённости применяют, так называемые, «жизненные пробы» (лёгочную и желудочно-кишечную) и гистологическое исследование лёгочной ткани. Наличие воздуха в лёгких и в желудочно-кишечном тракте до вскрытия можно установить при проведении рентгенографии трупа (проба Я.Г.Диллона предложена в 1937 г.). В случаях живорождённости рентгенография позволяет обнаружить в пищевом канале минимальное количество воздуха, что нельзя выявить при проведении плавательной пробы. Исследование самих лёгких даёт возможность на рентгеновском снимке выявить незначительное количество воздуха в трахеобронхиальном дереве и в ткани лёгкого.

Одним из хорошо известных методов установления живорождённости является плавательная лёгочная проба Галена-Шрейера (предложена в 1683 году).

Данная проба основана на изменении плотности дышавших лёгких по сравнению с не дышавшими. Лёгкие не дышавшего младенца безвоздушны и плотны, поверхность их гладкая и однородная, они малы по объёму, располагаются в глубине плевральных полостей и спереди прикрыты сердцем и вилочковой железой. Относительная плотность таких лёгких превышает 1 (1,05 — 1,06), поэтому они тонут в воде. На разрезе ткань их красноватая, малокровная. С началом самостоятельного дыхания и расправления лёгких, наполнения воздухом, происходит увеличение их объёма и уменьшение относительной плотности менее 1. Поэтому лёгкие дышавшего младенца свободно плавают в воде. На разрезе ткань их становится пёстрого, («мраморного») вида, при давлении выделяется не только кровь с поверхности разрезов, но и кровянистая пена. Техника проведения этой пробы дана ниже. Проба считается положительной, когда органокомплекс, отдельные доли и кусочки лёгких остаются на поверхности воды и свободно плавают.

Экспертная оценка результатов этой пробы подчас бывает нелёгкой. При исследовании гнилостно измененного трупа новорождённого также может наблюдаться картина, когда как дышавшие, так и не дышавшие лёгкие, их доли и кусочки будут удерживаться на поверхности воды. Поэтому при исследовании таких трупов данная проба недостоверна. Частично могут плавать лёгкие мёртворождённого, которому проводилась искусственная вентиляция лёгких, а также замерзшие и не полностью оттаявшие лёгкие как живо-, так и мёртворождённого. Отрицательный результат, помимо мёртворождённых, может встречаться в случаях вторичного ателектаза, когда спадаются лёгкие младенца дышавшего, но жившего недолго. Как правило, вторичный ателектаз развивается у недоношенных новорождённых. При гистохимическом исследовании в данных случаях отмечается отсутствие или недоразвитие антиателектатического вещества (сурфактанта).

Плавательная желудочно-кишечная проба, была предложена немецким акушером-гинекологом Б.Бреслау в 1865 году. Данная проба основана на явлении заглатывания воздуха и проникновении его в пищевой канал младенца одновременно с началом дыхательных движений.

Гистологическое исследование лёгких является обязательным для установления живо- и мёртворождённости. Альвеолы и бронхиолы легких у мёртворождённых спавшиеся, различной формы и размеров, альвеолярный эпителий кубический, эластические волокна располагаются в виде пучков и

спиралей. В дышавших лёгких альвеолы расправлены, стенки их тонкие, альвеолярный эпителий уплощён, капилляры полнокровны, эластические волокна повторяют контуры расправившихся альвеол.

При некоторых формах врождённой лёгочной недостаточности, особенно у недоношенных, в альвеолах и альвеолярных ходах обнаруживают гиалиновые мембраны. Они не встречаются у мёртворождённых (Э. Поттер, 1971), поэтому их наличие можно считать признаком живорождённости.

Для установления живорождённости предлагается также использовать гистологическое исследование пуповины, пупочного кольца, родовой опухоли, а кроме того, провести исследование белковых фракций сыворотки крови с помощью электрофоретического метода и неорганических элементов органов и тканей трупов новорождённых методом эмиссионного спектрального анализа (В.М.Смолянинов с соавт., 1974).

6. Определение жизнеспособности

Под жизнеспособностью понимают возможность новорождённого ребёнка продолжать жизнь вне материнского организма. Чтобы плод был жизнеспособен, он должен достигнуть известной степени доношенности (зрелости), не иметь врождённых пороков развития органов и систем, а также заболеваний, несовместимых с жизнью. По положениям судебной медицины плоды при сроке беременности менее 28 недель, массой менее 1000 г и длиной менее 35 см считаются недоношенными. В подобных случаях внутреннее исследование не проводится. При проведении экспертизы ограничиваются наружным исследованием достаточным для формулирования вывода о нежизнеспособности плода.

7. Определение продолжительности внеутробной жизни

Установить точно продолжительность жизни ребенка после рождения на сегодняшний день в категорической форме нельзя. При определении продолжительности жизни ребенка после рождения пользуются признаками, характеризующими исчезновение состояния новорождённости.

Если лёгкие расправлены только частично, то ребёнок сделал неполный вдох и жил минуты.

Когда лёгкие расправлены и воздух имеется в желудке, или лёгкие не расправлены, а воздух обнаруживают в желудке — ребёнок жил от нескольких минут до получаса.

Для заполнения воздухом всей тонкой кишки требуется около 6 часов. Позднее воздух появляется в толстой кишке и заполняет ее к 12-ти часам жизни. К концу

Также можно судить о продолжительности внеутробной жизни по исчезновению родовой опухоли, выведению мекония, отпадению пуповины.

Все эти признаки и их сочетание используют для определения продолжительности внеутробной жизни.

8. Причины смерти плодов и новорожденных

Смерть плода и новорождённого может быть насильственной и ненасильственной.

Ненасильственная смерть может наступить до, во время и после родов. Насильственная смерть, как правило, встречается после родов и очень редко — во время или до родов.

Ненасильственная смерть плода до родов, чаще всего, обусловлена болезненными состояниями организма беременной, среди которых могут иметь место инфекционные заболевания (грипп, краснуха, пневмония и др.), хронические заболевания (малярия, сифилис), токсикозы беременных, декомпенсированные пороки сердца, а также некоторые аномалии развития плода. Наиболее частой причиной ненасильственной смерти до родов является внутриутробная асфиксия от предлежания плаценты, её инфаркта, преждевременной отслойки, при истинном узле пуповины, её прижатии или обвитии вокруг шеи.

Как правило, каких-либо характерных морфологических изменений при смерти от асфиксии плода в ходе секционного исследования трупа обнаружить не удаётся. Выявляются признаки быстро наступившей смерти. Иногда вследствие острого расстройства мозгового кровообращения образуются внутричерепные кровоизлияния, главным образом, в мягкие мозговые оболочки.

Признаками внутриутробной асфиксии являются также массивная аспирация околоплодными водами и выход большого количества мекония в полость плодного пузыря. В таких случаях просвет толстой кишки спадается до нескольких миллиметров в диаметре.

Часто смерть во время родов наступает вследствие родовой травмы. Из-за сильного и длительного сдавления головки в родовых путях могут возникнуть трещины, переломы и вдавления костей черепа, чаще — радиальные трещины теменных костей, реже вдавленные переломы лобной и теменной костей. Данные переломы отличаются от послеродовых повреждений тем, что при родовой травме не образуется ран. Такие переломы нередко сопровождаются внутричерепными кровоизлияниями. Чаще всего, массивные смертельные оболочечные и внутримозговые кровоизлияния возникают при разрывах намета мозжечка или большого серповидного отростка твёрдой мозговой оболочки с повреждением венозных синусов.

Кроме того, рождающийся плод может получить повреждения при самопомощи женщины. В таких случаях выявляются ссадины на его лице, шее, разрывы углов рта и др. Возникновение данных повреждений, как правило, обусловлено неудачной попыткой ускорить рождение ребёнка.

Ненасильственная смерть новорождённого после родов может наступить при глубокой недоношенности, наличии пороков развития, несовместимых с жизнью, при врождённом токсоплазмозе, гемолитической болезни новорождённых и др.

Насильственная смерть плода до родов и во время родов встречается крайне редко. Обычно она наступает в результате механической травмы, хотя встречаются случаи смерти от отравления, например, этиловым спиртом, после приёма беременной алкогольных напитков.

Насильственная смерть новорождённого может быть, как несчастным случаем, так и убийством (матерью) новорождённого ребёнка.

В своем заключении эксперт должен подробно описать механизм образования обнаруженных повреждений и разграничить повреждения, возникшие в результате родовой травмы или действий матери при самопомощи, от повреждений, причиненных новорождённому после родов.

Встречаются случаи, когда новорождённых оставляют без надлежащего ухода, в результате чего они могут погибнуть от общего переохлаждения организма или от голода.

В криминальных случаях смерть новорождённых, наиболее часто, наступает от механической асфиксии: закрытия отверстий носа и рта (рукой, мягкими предметами), введения в дыхательные пути инородных тел (тряпки, бумага, хлеб и т.д.), сдавления шеи руками, петлей, сдавления груди и живота, утопления.

Сравнительно редко встречаются механические повреждения, наносимые тупыми и острыми предметами. Если на трупе новорождённого обнаружены повреждения черепа и головного мозга, то следует проводить дифференциальную диагностику с родовой травмой и повреждениями, возникающими при так называемых стремительных родах.

Иногда перечисленные действия могут совершаться по отношению к мёртвоорождённому или нежизнеспособному плоду.

Выводы:

Судебно-медицинская экспертиза трупов новорожденных является сложным видом экспертизы и требует от эксперта акушерских и педиатрических знаний. При этом именно заключение эксперта в случаях детоубийства имеет ключевое значение при расследовании данного вида преступления.

Особое значение имеет судебно-медицинская экспертиза трупов новорожденных, доставленных из лечебных учреждений, что связано, в первую очередь, с повышением качества лечебной работы, а изучение пери-, ante- и постнатальных причин смерти новорожденных является наиболее важным звеном в профилактике детской смертности.

Список литературы:

- 1) Экспертиза трупов плодов и новорождённых : Методические рекомендации / Колкутин В.В., Кира Е.Ф., Баринов Е.Х. [и др.]. — М.: РЦСМЭ, 2002.
- 2) Судебно-медицинское исследование трупов плодов и новорожденных : Учебное пособие / Башкирева Е.А. Буромский И.В. Качина Н.Н. Кильдюшов Е.М. Климова О.Ю. Крюков В.Н. Николаев Б.С. Плаксин В.О. Солохин Ю.А. Шабалина Т.Н. — 2007
- 3) Использование регрессионных уравнений при проведении исследования костных останков плода / Кирьянова К.С. Федоров С.А. Новоселов В.П. Саковчук О.А. // Вестник судебной медицины. — Новосибирск, 2017 — №2. — С. 41-44.
- 4) Сравнительная оценка макро- и микроскопического исследования легких у детей грудного и раннего возраста, умерших скоропостижно / Пермяков А.В. Чуракова С.Е. // Судебно-медицинская экспертиза. — 1968 — №3. — С. 6-7.
- 5) Некоторые методы экспертизы живорожденности / Кауфман О.Я. Тюков А.И. // Судебно-медицинская экспертиза. — 1967 — №4. — С. 28-30.

**ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" МЗ РФ**

Рецензия на реферат «Судебно-медицинская диагностика трупов новорожденных» ординатора Кафедры судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО Червоной Н. Ю.

Руководитель: д.м.н., профессор Чикун В.И.

Работа, представленная на рецензию, посвящена актуально и интересной теме – «Судебно-медицинская диагностика трупов новорожденных».

В реферате предоставлена информация, позволяющая более углублённо разобраться в сложной проблеме судебно-медицинской диагностики трупов новорожденных.

Реферат состоит из введения, 8-х глав основной части, выводов и списка литературы. Была обозначена актуальность, цель, а также подведены итоги. Реферат представлен на 18 страницах машинописного текста и литературы состоящей из 5 источников.

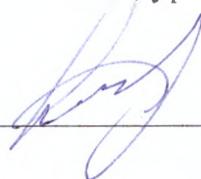
В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал. Произведено подведение итогов и оформление результатов судебно-медицинской диагностики трупов новорожденных.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автором был достойно, емко и качественно изложен изучаемый теоретический материал, в котором предоставлена наиболее важная информация.

Оценка реферата – отлично (5)

Рецензент, ассистент кафедры судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО

подпись



/Федин И.В.

ФИО