

### Литература

1. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 284 с.
2. Бандура, А., Уолтерс, Р. Подростковая агрессия. Изучение влияния воспитания и семейных отношений / А. Бандура, Р. Уолтерс // пер. с англ. Брянцевой Ю., Красовского Б. – М.: Апрель Пресс, 1999. – 512с.
3. Бэрон, А. Агрессия / А. Бэрон, Д. Ричардсон. – 2-е междунар. изд. – СПб.: Питер, 2001. – 352 с.
4. Мельников, В.М. Введение в экспериментальную психологию личности / В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский. – Москва: Просвещение, 1985. – 321 с.
5. Рапацевич, Е.С. Новейший психолого-педагогический словарь / Е.С. Рапацевич. – Минск: Современная школа, 2010. – 928 с.
6. Фурманов, И.А. Агрессия и насилие: диагностика, профилактика и коррекция / И.А. Фурманов // – СПб.: Речь, 2007. – 480с.
7. Straus, M.A. Manual for the Dimensions of Discipline Inventory (DDI) [Electronic resource]. – Mode of access : <http://pubpages.unh.edu/~mas2/DDI.htm> – Date of access : 29. 09. 2015.

## ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ НА УСТАНОВЛЕНИЕ МЕХАНИЗМА ЕЁ ТРАВМАТИЗАЦИИ

*Кузмицкий Н.И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В практической деятельности судебно-медицинского эксперта одним из основных вопросов является установление механизма образования телесных повреждений, направление действия и место приложения травмирующей силы. При ответах на данные вопросы эксперт для обоснования выводов прибегает к алгоритмам, изложенным в руководствах и пособиях. При проведении экспертиз с целью установления механизма образования повреждений костно-хрящевого комплекса шеи при тупой травме, заслуженной популярностью пользуется руководство под редакцией В.Н. Крюкова (2003), где подробно описаны механизмы образования данных повреждений. [1] Однако, в данном руководстве в качестве биомеханической модели рассматриваются исключительно классические варианты анатомического строения подъязычной кости (ПК). По мнению ряда авторов (В.Д. Хохлов, В.Л. Мальцева) при исследовании повреждений органокомплекса шеи практически полное отсутствие данных по вариантной анатомии ПК резко ограничивает диагностические возможности экспертизы. [2, 4]

Классической моделью подъязычной кости принято считать форму в виде подковы с несколько расходящимися большими рогами. [3] Однако, данный вариант является лишь одной из форм строения. В случаях, когда устанавливается механогенез травматизации ПК, имеющей классическую форму, рекомендаций изложенных в руководстве под редакцией В.Н. Крюкова, вполне достаточно для построения и обоснования выводов. [1] В то время как, вариантная анатомия ПК, наличие билатеральной асимметрии в строении рогов

ПК и щитовидного хряща, а также другие особенности могут внести серьезные изменения в экспертные выводы.

При классическом варианте строения ПК с расходящимся от центра большими рогами, при воздействии травмирующей силы в переднезаднем направлении ПК своими большими рогами упирается в позвоночник, что при достаточном воздействии приводит к возникновению разгибательных переломов больших рогов ПК с формированием зоны растяжения на внутренней костной пластинке, а зоны сжатия на наружной. [1]

Сохранив модель воздействия в переднезаднем направлении, но на форме ПК близкой к незамкнутому овалу с загнутыми кнутри большими рогами, при прижатии их к позвоночнику будут образовываться переломы с локализацией зоны растяжения на наружной костной пластинке, а сжатия с – внутренней. Следовательно, будут формироваться сгибательные переломы.

Таким образом, без учета вариантной анатомии ПК, экспертные выводы о механизме образования их повреждений могут быть ошибочными.

Существующие классификации форм, строения и принципов измерения подъязычной кости в первую очередь разрабатывались для целей судебно-медицинской идентификации личности [2], но не применимы для нужд судебно-медицинской фрактологии. Такая ситуация сложилась в связи с тем, что предложенные формы ПК (трапециевидная, гиперболоидная, параболоидная и не определенная) за исключением классической трапециевидной, по внешним признакам практически не отличимые. Парабола является с точки зрения алгебры кривой второго порядка с уравнением его описывающим  $y=x^2$ . Гипербола может быть определена как коническое сечение с эксцентриситетом, большим единицы. Наряду с эллипсом и параболой, гипербола является коническим сечением и квадратикой. С практической точки зрения использование данных терминов в повседневной деятельности не представляется возможным.

Таким образом, учет вариантной анатомии для практической деятельности должен базироваться на простой в применении классификации, основанной на визуальных, легко различимых и хорошо дифференцируемых признаках с измерением стандартизированных показателей, имеющих практическое значение.

Для подъязычной кости таковыми показателями могут выступать:

1. Общая форма строения;
2. Билатеральная симметрия;
3. Углы отхождения больших рогов;
4. Тип соединения больших рогов и тела;
5. Форма поперечного сечения больших рогов;

## 6. Степень кривизны больших рогов.

Таким образом, игнорирование при построении экспертных выводов вариантной анатомии подъязычной кости и щитовидного хряща приведет к диагностическим ошибкам, что в свою очередь может привести к судебным ошибкам. В целях исключения судебных ошибок мы предлагаем в обязательном порядке учитывать вариантную анатомию щитоподъязычного комплекса при построении экспертных выводов.

### Литература

1. Диагностикум причин смерти при механических повреждениях: Причины смерти при механических повреждениях: 7 т. / сост.: В.Н. Крюков, Б.А. Саркисян, В.Э. Янковский. – Новосибирск: Наука, 2003. – Т. 7, – 131 с.
2. Мальцева, В.Л. Вариантная анатомия подъязычной кости и возможности ее применения в идентификации личности: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.00.02; 14.00.24 / В.Л. Мальцева; СПб гос. универ. им. акад. И.П. Павлова. – СПб, 2006. – 46 с.
3. Привес, М.Г. Анатомия человека / М.Г. Привес, Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович. - Москва: Медицина, 1985. –670 с.
4. Хохлов, В.Д. Критерии оценки вида странгуляционной асфиксии по особенностям повреждений подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи / В.Д. Хохлов // Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины: Сб. научн. тр. СПб., – 1995. – С. 16-18.

## ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА ПРИ ЭКЗОГЕННОЙ ГИПОКСИИ

*Кузмицкий Н.И.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одним из критериев уровня клинического мышления врача является его заключение о сущности патологического процесса, выраженного в диагнозе [2]. Правила построения диагноза подразумевают, строгое соблюдение причинно следственных связей, при этом врач обязан руководствоваться исключительно нозологическим принципом с соблюдением законов формальной логики.

Однако в практической деятельности наблюдается не соответствие данным принципам, особенно в темах, которые объединены в традиционных учебниках в разделе «Механическая асфиксия».

В абсолютном большинстве учебниках по судебной медицине существует отдельная тема «Механическая асфиксия», в рамках которой авторы рассматривают все то, что на их взгляд имеет отношение к гипоксии и асфиксии. В этих разделах авторы приводят классификации, которые мигрируя из учебника в учебник, лишь дополняются и расширяются, обрастая при этом сложной для восприятия терминологией: аспирационная, компрессионная, странгуляционная [3]. Целесообразность использования данной терминологии на наш взгляд не просто анахронизм, но прямое противоречие принципам построения судебно медицинского заключения, в котором не могут быть использованы специальные термины, требующие дополнительных разъяснений. Доводы защитников «традиций» о