

Concluzii

1. În baza studiului efectuat s-a stabilit că incidența cazurilor de traume mecanice cu consecințe letale constituie 12,02% din numărul total de cadavre examinate pe perioada analizată și 28,6% din totalitatea morții violente.

2. Rezultatele cercetărilor noastre au stabilit că în 75,9% cazuri, ca urmare traumei mecanice au decedat persoanele de sex masculin, și numai în 24,1% observații victime au devenit persoanele de sex feminin. S-a constatat că în mediul urban au predominat cazurile de traume mecanice letale, produse în anotimpurile vara și toamna, iar în mediul rural mai frecvent leziunile s-au înregistrat primăvara și iarna.

3. În funcție de tipul obiectului vulnerant, s-a stabilit, că cel mai frecvent leziunile traumatice mecanice, letale, au fost produse prin acțiunea obiectelor contondente în (88,6%) observații, mai rar înregistrându-se prin acțiunea obiectelor ascuțite și armelor de foc, iar decesul mai frecvent s-a instalat în instituțiile medicale (52,7%).

4. S-a constatat că la acțiunea obiectelor contondente și armelor de foc au predominat esențial traumele izolate ale capului, prin cele ascuțite mai frecvent s-au produs traume izolate ale toracelui, iar traumele asociate au interesat mai frecvent segmentul toraco-abdominal.

5. În urma studiului efectuat s-a stabilit o frecvență crescută a stărilor de ebrietate la persoanele de sex masculin comparativ cu femeile, preponderent înregistrându-se în mediul urban ($p > 0,05$).

Bibliografie

1. Baci, Gh. Structura și particularitățile morții violente în Republica Moldova. Materialele I-lui Congres al medicilor legiști din Republica Moldova. Chișinău, Moldova, 27-28 septembrie 2001, p.33-36.

2. Prun S., Beuran M., Negoii I., Runcanu A., Gaspar B. „Epidemiologia traumatismelor – unde ne aflăm astăzi?”. România, București: Celsius. Chirurgia 2011. Nr.4 p.440.

3. Shackford S., Mackersie R., Holbrook T., Davis J., Hollingsworth-Fridlund P, Hoyt D., et al. The epidemiology of traumatic death. A population-based analysis. Arch Surg. 1993. Nr.5. p.5.

4. Исаков В.Д. Избранные лекции по судебной медицине и криминалистике. Санкт-Петербург. 1996. p.54.

PRUNCUCIDAREA ÎN ASPECT MEDICO-LEGAL (Revista literaturii)

Victor Odovenco, Violina Sambriș, Kilani Anass
Catedra Medicină legală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Infanticide in Medico-legal Aspect (review)

The concept and classification of infanticide are presented in the paper, according to the information from literature. Peculiarities of medico-legal examination, specific problems and supplementary methods of research of new-born cadavers are described. Macro and microscopic signs for the differential diagnosis of dead or alive new-born were studied.

Rezumat

Conform surselor bibliografice s-a formulat noțiunea și s-a abordat clasificarea pruncuciderii. Au fost studiate particularitățile de examinare, problemele specifice și metodele suplimentare în cadrul cercetării cadavrelor de nou-născuți. Au fost studiate semnele macro și microscopice în baza cărora se face diagnosticul diferențial dintre nou-născut viu sau mort.

În domeniul medicinei legale problema pruncuciderii se plasează printre locurile de frunte, fapt explicat prin specificul întrebărilor expuse spre soluționare, complexitatea lor, particularitățile obiectelor de studiu și a metodicii de cercetare.

O altă dificultate se consideră a fi lipsa aproape în toate cazurile a datelor despre mama pruncului precum și lipsa martorilor, astfel de concluzia medicului legist va depinde cercetarea preliminară.

Cele menționate mai sus determină interesul sporit al medicilor legiști în studierea pruncuciderii și contribuie la prezentarea unor concluzii obiective și argumentate științific în stabilirea adevărului juridic.

În conformitate cu art.147 CP RM, pruncuciderea este definită ca „omorul copilului nou-născut, săvârșit în timpul nașterii sau imediat după naștere de către mama care se afla într-o stare de tulburare fizică sau psihică, cu diminuarea discernământului, cauzată de naștere; se pedepsește cu închisoare de la 3 la 7 ani” [5].

După datele literaturii medico-legale și juridice [1, 2,], pruncuciderea se clasifică în:

- pruncucidere activă sau comisivă – se realizează prin diferite metode de omucidere, ca exemplu prin asfixiere, lovire cu corpuri contondente.
- pruncuciderea pasivă sau omisivă – abținerea mamei de a oferi fătului îngrijirile necesare, expunerea copilului la riscuri, abandonarea pruncului la frig, lipsirea de alimentare etc.

Problemele specifice ridicate de expertiza medico-legală a cadavrului de nou-născut, în vederea stabilirii sau excluderii existenței unei pruncucideri, sunt următoarele:

- Stabilirea stării de nou-născut;
- Durata vieții intrauterine;
- Viabilitatea nou-născutului;
- Estimarea vieții intrauterine;
- Durata vieții extrauterine;
- Aprecierea îngrijirilor acordate după naștere;
- Cauza morții [1].

Pentru o bună desfășurare ulterioară a anchetei, examinarea la fața locului este axată la cercetarea și fixarea condițiilor, locul depistării cadavrului, caracterul ambalajului în care acesta este prezentat [8].

Examinarea cadavrelor de nou născuți se face conform următorului algoritm: se efectuează înaintea necropsiei proba radiologică Dillon, se stabilesc liniile de incizii, la început se deschid cavitățile corpului, înainte de eviscerare se aplică ligaturile pe complexul de organe, se efectuează probele docimaziei hidrostatice, în cazul de docimazie pulmonară negativă se efectuează proba Taranuhin, se apreciază nucleeele de osificare, deschiderea cutiei craniene se face în formă de coș, se prelevează obligator materialul cadaveric pentru examenul de laborator [7, 13].

Semnul patognomonic al stării de nou-născut este prezența cordonului ombilical fără linie de demarcație la nivelul implantării [3]. Petele de sânge și de vernix caseosa la plicele gâtului, axilare și inghinale, prezența lanugo-ului, ce acoperă în special umerii și spatele, sunt semne ce denotă o expulsie recentă, prezența borsei sero-sanguine servește ca criteriu de stabilirea timpului nașterii.

Gradul de maturitate și durata vieții intrauterine se apreciază după parametrii antropometrici, nucleeele de osificare și după formula lui Gaaz și metoda recomandată de Balthazard și Darvieux [6].

Estimarea vieții extrauterine se face în baza semnelor morfo-funcționale de respirație și pulsație a cordonului ombilical, care se confirmă prin probele de docimazie hidrostatică pulmonară Breslau și gastro-intestinală Galen, precum și prin semnele morfologice respective depistate la examinarea macroscopică a cadavrului.

Conform Clasificării internaționale a maladiilor (CIM-10), revizia a 10-a: născut-viu este socotit produsul concepției, expulzat sau extras complet din corpul mamei, independent de

durata sarcinii și care după această separare, prezintă un semn de viață (respirație, activitate cardiacă, pulsații ale cordonului ombilical sau contracții musculare dependente de voință).

Macroscopic plămânul respirat este expansionat, umple aproape în întregime cavitatea pleurală, acoperă cu marginea interioară inima, culoarea este roză- albicioasă de aspect marmorat cu suprafața neregulată, perlat strălucitoare prin distensie alveolară net evidențiable cu lupa. Parenchimul este buretos, elastic cu crepitații la palpare, iar pe secțiuni și/sau spontan la presiune se prelinge o secreție roză roșietică, microaerată, cu aspect spumos. La examinarea cu lupa se observă bine bulele de aer în formă de sectoare alb-surii (proba Bushu-Haberda) [11].

Macroscopic plămânul nerespirat este mic, nedestins, ocupă 1/3 din cavitatea toracică, situat în sinusurile costo-vertebrale. Are suprafață netedă, culoare ciocolație închisă sau intens roșietică. La palpare de consistență densă, fără elasticitate și lipsit de crepitații, amintind țesutul hepatic. Pe secțiuni are același aspect, la presiune se scurge puțin lichid roșietic fără bule de aer.

La soluționarea vitalității nou născutului se mai folosesc și datele cercetării cordonului ombilical. Se consideră că un semn obiectiv de pulsare a cordonului ombilical sunt hemoragiile în pereții vaselor ombilicali și în gelatina Wharton cu formarea unui hematom masiv intrafunicular. Acest semn depinde direct de timpul secționării cordonului ombilical, deoarece hematumul se formează la întreruperea cordonului ombilical pe fonul vaselor pulsatile, imediat după naștere. Indiciul dat nu poate fi folosit de multe ori în aprecierea nou născuților vii, deoarece cadavrele nou născuților deseori sunt aduse fără placentă [6].

Viabilitatea nou-născutului, din punct de vedere medico-legal, se apreciază după indicii de masă și greutate și lipsa malformațiilor incompatibile cu viața, autorii nu au o părere unanimă referitor la limitele viabilității, ea variind între masa de 1000–1600gr și talia între 35–40cm [3, 7, 12].

Conform OMS și autorilor specializați în pediatrie [4] un făt poate fi viabil deja începând cu 22 săptămâni de gestație și masa corpului de 500 gr.

Ardașchin A. P., Nedugov G.V. [2006], propun ca noțiunea de viabilitate să fie revazută cu introducerea criteriilor ca viabilitate absolută - ce nu necesită asistență medicală și relativă - în lipsa asistenței medicale nou-născutul va deceda.

Depistarea cadavrelor de nou născuți în locuri necorespunzătoare, fără îmbrăcăminte, în prezența unor semne de nou născut prezentate prin urme de sânge, mucus, meconiu, vernix cazeosa pe tegumente, cordon ombilical rupt sau secționat dar neligaturat, prezența placentei nedetașate de cordonul ombilical, relatează despre lipsa îngrijirilor corespunzătoare.

Moartea nou născutului are cauze patologice și violente, cele patologice se pot instala antepartum, intrapartum și postpartum. Moartea violentă poate fi accidentală, omisivă și comisivă, cele mai frecvente modalități de pruncucidere sunt remarcate asfixiile mecanice.

Beliș V. menționează că diagnosticul vieții extrauterine, principala problemă care se pune în fața expertului în cazul pruncuciderii, se rezolvă în mod particular prin examenul microscopic al pulmonilor.

Tabloul microscopic al pulmonului nerespirat este prezentat prin alveole nedestinate, sub formă de fante, fără lumen, ceea ce-i conferă un aspect compact, glandular, formațiuni acinoase și canale respiratorii; alveolocitele au un aspect cubic, cu nucleu rotund. Vasele capilare au lumenul mic, nu se află în contact cu spațiul alveolar, conțin puțin sânge, bronșiiolele sunt colabate, au epiteliul ondulat, țesutul cartilagos este departe de lumen; celulele epiteliului bronșic au un aspect cilindric, înalt, unistratificat.

Tabloul microscopic al pulmonului respirat prezintă un aspect net diferit datorită existenței alveolelor dilatate sub forma unor mici cavități rotunde, despărțite de septuri subțiri, celulele alveolare sunt plate, turtite, endoteliforme, cu nucleu oval. Capilarele sunt dilatate, pline cu sânge, conțin multiple hematii și sunt în contact cu alveolele datorită apariției aerului în alveole. Bronșiiolele au lumenul lărgit, de formă rotundă sau ovală în funcție de incidența secțiunii, epiteliul este format din celule cilindrice mai puțin înalte, cartilajele hialine din perete sunt apropiate de lumen.

Șaculi V. (1970) propune să se cerceteze fragmente de cordon ombilical din segmentul intra-abdominal, și remarcă că la nou născuții morți, arterele ombilicale nu sunt spasmate, lumenul este dilatat, intima este regulată, stratul muscular are grosime uniformă, iar la instalarea extrauterină a decesului arterele ombilicale sunt spasmate, lumenul este îngustat, stratul muscular al vasului are grosime neuniformă [14].

Examenul histologic permite stabilirea gradului de aerare și dezvoltare a țesutului pulmonar, prezența atelectaziilor secundare, prezența elementelor lichidului amniotic, precum și semne de o eventuală respirație artificială, împreună cu datele tabloului microscopic a celorlalte organe și țesuturi servesc la soluționarea problemelor de vitalitate, maturitate a nou născutului, la stabilirea cauzei decesului și vechimii leziunilor corporale existente [2, 9, 10].

Concluzii

1. În literatura juridico-medicală, noțiunea de pruncucidere este definită ca: omorul copilului nou-născut, săvârșit în timpul nașterii sau imediat după naștere de către mama care se afla într-o stare de tulburare fizică sau psihică, cu diminuarea discernământului, cauzată de naștere. Clasificare a în formele: pasivă sau omisivă și activă sau comisivă este unanim recunoscută de autori.

2. Literatura de specialitate recomandă cercetarea cadavrelor de nou-născuți conform următorului algoritm: se efectuează înainte de necropsie proba radiologică Dillon, se stabilesc liniile de incizii, se deschid cavităților corpului la începutul necropsiei, ligaturile pe complexul de organe se aplică înainte de eviscerare, se efectuează probele docimaziei hidrostatice, se apreciază nucleeele de osificare, cutia craniană se deschide în formă de coș, obligator se prelevează materialul cadaveric pentru examenul de laborator.

3. În literatura de specialitate sunt reflectate următoarele probleme specifice expuse soluționării în cadrul cercetării cadavrelor de nou născuți: diagnosticul stării de nou născut, diagnosticul maturității fătului, diagnosticul duratei vieții intrauterine, viabilitatea fătului, estimarea vieții extrauterine, durata vieții extrauterine, estimarea îngrijirilor acordate fătului după naștere și stabilirea cauzei morții, care sunt rezolvate în baza estimării în ansamblu a unui șir de criterii morfologice, fiziologice și antropometrice a cadavrului de nou-născut.

4. Studiul metodelor suplimentare de cercetare a cadavrelor de nou născuți pune în evidență cercetarea histologică a țesutului pulmonar, care permite stabilirea gradului de aerare și dezvoltare a țesutului pulmonar, atelectaziilor secundare, elementelor lichidului amniotic și împreună cu datele tabloului microscopic a celorlalte organe și țesuturi facilitează stabilirea vitalității, maturității, cauzei decesului și vechimii leziunilor corporale existente.

Bibliografie

1. Baciu Gh. Curs de Medicină Legală. Chișinău, 2013, p. 75-79.
2. Beliş V. Investigația microscopică în medicina legală. București, 1993, p. 221-235.
3. Beliş V. Tratat de medicină legală. Volumul II. București, 1995, p. 390-439.
4. Ciofu C., Ciofu E. P. Esențialul în pediatrie (ediția a 2-a). București, 2002, p. 114-117.
5. Codul Penal al R. M. (Legea nr. 985-15, 18.04.2002). În: Monitorul Oficial al R.M., 2002, nr. 128-129 din 13.09.2002.
6. Ардашкин А. П., Недугов Г.В. Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных (экспертно-правовая характеристика, гистологическая диагностика). Самара, 2006, с. 116.
7. Качина Н. Н., Кильдюшов Е. М. Судебно-медицинская экспертиза (исследование) трупов плодов и новорожденных. Москва, 2003, с. 18-38.
8. Матышев А. А. Осмотр трупа на месте его обнаружения: Руководство для врачей. Москва, 1989, с. 164-168.
9. Науменко В. Г., Митяева Н. А. Гистологический и цитологический методы исследования в судебной медицине (руководство). Москва, 1980, с. 214-224.

10. Пермяков А. В., Витер В. И., Неволин Н. И. Судебно-медицинская гистология. Ижевск-Екатеринбург, 2003, с. 83-90.
11. Смольянинов В. М., Ширинский П. П., Пашинян Г. А. Судебно-медицинская диагностика живорожденности. Москва, 1974, с. 119.
12. Тимченко Г. П., Попов В. Л., Заславский Г. И., Бабахаян Р. В. Судебно-медицинская экспертиза новорожденных. Санкт-Петербург, 1999, с. 12.
13. Хрущевски Э., Шперль-Зейфридова Г. Секция трупов и плодов новорожденных. Москва, 1962, с. 223.
14. Шакуль В. А. Результаты гистологического исследования пупочного кольца и пупочных сосудов новорожденных // Сборник научных работ сотрудников кафедры и судебных медиков г. Ленинграда. Л., 1957. - Вып. 10, с. 147-156.