

Из судебно-медицинского кабинета Казанского мединститута (зав. проф. А. Д. Гусев).

О повреждении черепа в состоянии опьянения.

И. П. Фадеев.

Судебно-медицинский эксперт Тетюшского района.

Проф. Игнатовский указывает, что „симптомы возбуждения и угнетения при давлениях на мозг несколько напоминают алкогольное отравление, почему неудивительно, что бывали случаи, когда симптомы, вызванные чрезмерным опьянением, были приняты за признаки давления на мозг, но еще чаще бывают обратные ошибки: давление на мозг принимается за опьянение. Это тем более возможно, что давление на мозг особенно часто происходит от кровоизлияния в полость черепа при повреждениях его: последние чаще всего получаются при драке, а дерутся чаще пьяные“.

Действительно, в судебно-медицинской практике нередки случаи внутрочерепных травматических кровоизлияний, связанных или не связанных с переломами черепа и полученных в драке в состоянии опьянения. Подобные случаи довольно затруднительны в отношении диагностики и иногда являются причиной обвинения врачей в небрежности при исследовании пострадавшего и оказании помощи ему.

Из 138 судебно-медицинских вскрытий трупов, произведенных мною как судебно-медицинским экспертом, мне встретилось четыре случая повреждений головы, представляющих интерес не только для судебно-медицинского эксперта, но и для врача-хирурга с точки зрения диагностики и прогноза их. Надо заметить, что во всех этих случаях правильный диагноз при жизни пострадавших не был поставлен, и лишь при судебно-медицинском вскрытии трупов картина повреждений и последствий их стала вполне ясной.

Прижизненная диагностика крайне затруднялась тем, что в двух случаях смерть произошла в состоянии сильного опьянения, почему можно было думать об остром и смертельном отравлении алкоголем, в двух же остальных случаях повреждения были нанесены лицам, находящимся в состоянии умеренного опьянения.

Перехожу к описанию этих случаев:

Случай 1-й. Больному П-ву, 17 лет, в драке было нанесено 6 ножевых ран в различные части тела, в том числе и в голову. В больнице он пробыл 7-8 дней, затем был выписан, ездил в больницу на перевязки. Чувствовал себя настолько удовлетворительно, что ходил на службу, но у него наблюдалась атактическая походка, и стало падать зрение. В ночь с 11 на 12 февраля (через 11 дней после ранения) он внезапно почувствовал сильную головную боль, слабость и через несколько часов умер. При судебно-медицинском вскрытии трупа отмечено: общее слабое физическое развитие, упадок питания, бледность покровов, отек на обеих голенях. В области правой теменной кости на уровне козелка правой ушной раковины и на 2-3 см вправо от стреловидного шва имеется бледно-розового цвета линейной формы, длиной 1,5 см рубец. Прочие ранения на лице, на спине, частью зажившие, частью рубцующиеся, относятся

к числу легких и интереса не представляют. По снятии кожно-мышечных покровов головы оказалось, что на месте, соответствующем рубцу на правой теменной кости, имеется неокрепший костный рубец такой же длины. Кости черепа тонки, трещин нет. На твердой мозговой оболочке и в области передней центральной извилины имеется продолжение того же ранения и, как показало дальнейшее вскрытие, рана проникает в правый боковой желудочек у начала переднего рога, где имеется сгусток крови, величиной с голубиное яйцо. По ходу раны и вокруг сгустка имеется размягчение мозга, толщиной 1,5 см. Под твердой мозговой оболочкой правого полушария имеется кровоизлияние в виде рыхлых сгустков.

Здесь мы имеем чрезвычайно редкий случай ранения черепа ножом без образования трещин с поранением мозговых оболочек и вещества мозга. Это обстоятельство можно объяснить относительной мягкостью костей 17-летнего юноши и направлением удара перпендикулярно к кости. Второй особенностью этого случая является несоответствие между клиническими явлениями и данными, полученными при судебно-медицинском вскрытии. Потерпевший через 8 дней выписался из больницы в довольно удовлетворительном состоянии, ходил, занимался. Правда, у него были явления атаксии, упадок зрения, отеки ног, но эти явления, повидимому, были нерезко выражены. При вскрытии же обнаружено обширное кровоизлияние как под твердую мозговую оболочку, так и в боковые желудочки, а также и повреждение мозга. Третья особенность этого случая — это поздняя смерть. П-в умер на 12-е сутки.

Случай 2-й. В октябре 1929 года М. ударился лицом о тарантасную ось. Состояние М. было, повидимому, настолько тяжелым, что его отправили в больницу, откуда он был выписан через 3—4 дня в удовлетворительном состоянии. Через несколько дней он начал жаловаться на сильные головные боли, появился бред, судороги, потеря сознания, а через 11 дней он умер.

При наружном осмотре оказалось, что на лице, на один поперечный палец выше левой скулы и на два поперечных пальца кнаружи от угла левого глаза имеется гноящаяся с неровными краями рана, проникающая до кости. Вокруг раны имеется тестоватая припухлость. Кроме того, имелись еще две гноящиеся ушибленные раны на левой кисти и левом плече. При вскрытии оказалось, что на месте раны в левой надскуловой области имеется флегмона, распространяющаяся под скуловой отросток. Кости черепа целы. Твердая мозговая оболочка соответственно левому полушарию мозга приросла к костям черепа. Под твердой мозговой оболочкой левого полушария имеется скопление гноя, как шапкой покрывающее мозг. В области лобной, теменной и височной долей мозга слева имеется желто-красное размягчение мозга.

Здесь, как и в первом случае, отмечается поздняя смерть после нанесенного повреждения (через 11 дней), причем развитие гнойного менинго-энцефалита происходило постепенно. Кроме того, здесь отмечается кровоизлияние в мозг при целости черепных костей и флегмонозная инфекция.

Случай 3-й. Ш., 52 лет, находился в бессознательном состоянии. Вызванный фельдшер определил сильное опьянение. Ш., не приходя в сознание, через сутки умер. Участковый врач высказал предположение, что смерть произошла от острого отравления алкоголем. Было произведено вскрытие трупа, причем при наружном осмотре, кроме нерезко выраженного кровоподтека в области левой височной кости, ничего не обнаружено. При вскрытии найдено кровоизлияние в области сосцевидного отростка и щеиу левой височной кости, а также в области затылочной и теменной костей. На черепе обнаружена трещина, длиной 10 см, проходящая через височную, темянную и затылочную

кости. По снятии черепной покрывки найдено обширное кровоизлияние под твердой мозговой оболочкой в виде темно-красных сгустков на протяжении всего левого полушария мозга, а также кровоизлияние в среднюю и заднюю черепные ямки. Трещина черепа идет к основанию черепа, а именно к большому затылочному отверстию.

Случай 4-й аналогичен третьему. К. был найден мертвым на улице. Так как каких-либо серьезных повреждений на теле не оказалось, то после наружного осмотра участковым врачом было дано заключение: смерть от острого отравления алкоголем. При наружном осмотре найдено: К. крепкого телосложения, удовлетворительного питания. На голове, кроме кровоподтеков в области ушей и сосцевидных отростков височных костей, а также мелких ссадин на левой теменной кости—ничего не обнаружено. При вскрытии оказалось, что кости черепа целы, но под твердой мозговой оболочкой всего левого полушария мозга, а также в средней и задней черепных ямках имеется обширное кровоизлияние. Кроме того имеется кровоизлияние под мягкую мозговую оболочку в области центральных извилин.

Случай 5-й был мне сообщен судебно-медицинскими экспертами г. Казани. Л. в состоянии сильного опьянения и с небольшим кровоподтеком на голове был доставлен в больницу, где в тот же день умер. При судебно-медицинском вскрытии трупа найдено: по отделении кожных покровов головы в области нижней половины затылочной кости, ниже наружного затылочного бугра имеется обильное пропитывание мягких тканей кровью. Твердая мозговая оболочка напряжена, кости черепа умеренной толщины, губчатое вещество в них выражено хорошо. На затылочной кости и основании черепа имеется перелом, идущий почти по средней линии немного вправо от внутреннего затылочного гребня через всю длину затылочной кости от границы ее с теменными костями до большого затылочного отверстия. Обе половины затылочной кости легко смещаются по линии перелома при незначительном усилии. Под твердой мозговой оболочкой в области затылочных долей и передних частей лобных долей скопление крови темно-красного цвета. Реакция мозговой жидкости на алкоголь резко положительна.

При расследовании этого случая оказалось, что Л. в пьяном виде ехал, сидя на подножке трамвая, и упал на мостовую.

Во втором сборнике работ Судебно-медицинского института Ивановской области напечатана статья д-ра Смирнова, в которой приведены два случая внутричерепного травматического кровоизлияния при целости костей черепа и при отсутствии каких-либо признаков повреждений черепа, причем в обоих этих случаях пострадавшие тоже находились в состоянии опьянения. В обоих случаях наступила смерть, но диагноз внутричерепного кровоизлияния был установлен лишь при судебно-медицинских вскрытиях.

Третий, четвертый и пятый случаи, а также случаи, описанные Смирновым, интересны в том отношении, что отсутствие резких наружных повреждений при наличии опьянения потерпевших дало повод больничным врачам заключить, что смерть произошла от острого отравления алкоголем.

Здесь мы имеем резкое несоответствие между данными наружного осмотра и картиной, обнаруженной при вскрытии, что, при одновременной картине опьянения, и повело к диагностическим ошибкам.

В ряде подобных случаев своевременная и правильная диагностика при жизни и своевременная операция трепанации черепа могли бы спасти жизнь пострадавших.

Мне вспоминается случай, бывший в Тетюшской больнице 5 лет тому назад. В больницу был доставлен в бессознательном

состоянии с признаками перелома черепа М. Немедленно была произведена операция, причем во время операции обнаружено, что кроме перелома свода имеется и перелом основания черепа. Больной выжил.

На основании моего небольшого материала я позволю себе сделать некоторые заключения:

1. Переломы основания черепа и внутричерепные кровоизлияния при целостности наружных покровов или при наличии незначительных повреждений их нередки в судебно-медицинской практике и указывают на необходимость очень внимательного отношения к лицам, получившим ушибы головы в состоянии опьянения.

2. Внутричерепные кровоизлияния при кажущемся хорошем общем состоянии пострадавшего могут дать поздние осложнения и даже внезапную смерть потерпевшего, а потому лица с повреждениями черепа должны находиться долгое время под тщательным стационарным или амбулаторным наблюдением.

3. При даче заключения о смерти от острого отравления алкоголем—при наличии даже незначительных повреждений головы—необходимо исключить возможность внутричерепного кровоизлияния.
