

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ ТРАКТОВКЕ ЛЕГКИХ ФОРМ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Л. М. Ломовцева, Ю. П. Калинин

*Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы (начальник — Ю. П. Калинин)
Министерства здравоохранения Татарстана*

Судебно-медицинская оценка степени тяжести телесного повреждения при легких формах черепно-мозговой травмы (сотрясение и ушиб головного мозга) по представленным медицинским документам вызывает затруднения в связи с недостаточно четким описанием в истории болезни клинической картины и сложностью дифференцирования нозологических единиц. Объективный подход к клинической диагностике сотрясения и ушиба головного мозга приведен в методических рекомендациях [1, 2], в которых выделены шесть основных форм черепно-мозговой травмы: 1) сотрясение головного мозга (СГМ); 2) ушиб мозга легкой степени; 3) ушиб мозга средней степени; 4) ушиб мозга тяжелой степени; 5) сдавление мозга на фоне его ушиба; 6) сдавление мозга без сопутствующего ушиба.

Подобная классификация отражает единую точку зрения нейрохирургов и судебных медиков. Однако при определении сроков временной нетрудоспособности и, следовательно, длительности расстройства здоровья некоторые клиницисты (невропатологи и нейрохирурги) при установлении диагноза принимают во внимание не объективные клинические симптомы, а субъективные данные, в частности обстоятельство получения травмы или жалобы потерпевшего. Это приводит к необоснованной выдаче листков нетрудоспособности на срок свыше 2—3 недель, что не может подлежать судебно-медицинской оценке, вызывая тем самым конфликтные ситуации на судебных процессах.

Целью нашего исследования явилось изучение подходов к диагностике, экспертной оценке легких форм черепно-мозговой травмы и обоснованию критериев длительности расстройства здоровья нейрохирургами, невропатологами, а также врачами других специальностей. Было проанализировано 250 медицинских карт стационарных больных с сотрясением головного мозга (СГМ) из специализированных

отделений Больницы скорой медицинской помощи г. Казани и Казанского научного центра «Травматология и ортопедия» АН Татарстана, а также 115 медицинских карт амбулаторных больных из поликлиник города Казани и районов республики. Основную группу пострадавших составили лица трудоспособного возраста (60,8%). В части случаев (22,8%) сотрясение головного мозга какими-либо объективными клиническими данными не подтверждалось; диагноз основывался только на анамнезе и жалобах потерпевшего; в медицинских картах не отражалась даже минимальная патологическая неврологическая симптоматика. В единичных историях болезни имелись записи осмотра невропатолога при поступлении и выписке потерпевшего из стационара, консультации окулиста, редко использовалась эхоэнцефалография. К сожалению, в некоторых историях болезни сотрясение головного мозга все еще подразделяли на степени (легкая, средняя, тяжелая), в то время как ушибы головного мозга даже в специализированных отделениях стационаров по степеням не диагностируют.

Наш многолетний опыт судебно-медицинской экспертизы потерпевших с черепно-мозговой травмой показывает, что правильной оценке ее нозологических форм способствует подробное и тщательное отражение объективной клинической симптоматики, особенно в динамике. В частности, сотрясение головного мозга всегда характеризуется обратимыми функциональными изменениями, клинические проявления которых складываются из общемозговых и легких, быстро обратимых очаговых симптомов. Отмечаются кратковременная потеря сознания (несколько секунд или минут), ретроградная амнезия, однократная рвота (непостоянно), головная боль, головокружение, шум в ушах, тошнота, слабость. Объективными признаками являются симптомы поражения соматической и вегетативной нервной си-

стемы — бледность или гиперемия лица, потливость, высокие показатели ортоклинистической пробы (свше 24), поверхностное или быстро нормализующееся дыхание, слегка учащенный, реже замедленный пульс, иногда выявляется некоторая асимметрия сухожильных рефлексов, их оживление с расширением рефлексогенных зон, мелкоазиатый горизонтальный нистагм, исчезающие, как правило, в течение первой недели после травмы. Давление ликвора нормальное или повышенное (не более 33,3 кПа), реже пониженное, а спинномозговая жидкость, артериальное давление, температура тела — без изменений. Компьютерная томография у больных с сотрясением головного мозга не показывает очаговых изменений в структуре вещества головного мозга.

Ушиб головного мозга отличается от сотрясения макроскопическими поражениями мозгового вещества различной степени, а клиническая симптоматика в зависимости от объема и глубины поражения более выражена и продолжительна по времени [2]. Нередко при симптоматике, позволяющей подтвердить наличие у потерпевшего только сотрясения головного мозга при отсутствии данных за ушиб, возникает несоответствие между клиническим течением легкой формы черепно-мозговой травмы (сотрясением) и субъективными ощущениями потерпевшего. Лечащие врачи в данной ситуации ориентируются, как правило, на обстоятельство получения травмы, жалобы потерпевшего, которые нередко носят меркантильный характер, увеличивая сроки пребывания на больничном листе при отсутствии какой-либо объективной патологической (неврологической) симптоматики.

По нашему мнению, лечащим врачам необходимо тщательно выявлять и описывать патологическую неврологическую симптоматику и руководствоваться тремя вариантами объяснений возникающей клинической и экспертной ситуаций. К таким возможным вариантам относятся случаи, когда имевшееся сотрясение головного мозга провоцирует обострение предшествующих заболеваний (гипертензионные синдромы, эндокринная патология, преходящая ишемия и аневризмы сосудов головного мозга, невроты, невралгии и др.), нередко принимаемые за последствия данной черепно-

мозговой травмы; если выявляемая патологическая неврологическая симптоматика носит резидуальный характер вследствие ранее перенесенного ушиба головного мозга и к последней травме мягких тканей головы отношения не имеет и, наконец, если недиагностированная в остром периоде клиническая симптоматика дает основание поставить диагноз ушиба головного мозга. С учетом этих возможных вариантов лечащий врач должен перейти к клинической трактовке и диагностической оценке каждого случая черепно-мозговой травмы с позиций врача-эксперта, поскольку от длительности временной нетрудоспособности нередко зависит оценка степени тяжести телесного повреждения и, в свою очередь, срок наказания обвиняемого. Следовательно, клиницисты и судебно-медицинские эксперты должны руководствоваться едиными инструктивно-методическими рекомендациями по диагностике легких форм черепно-мозговой травмы и оценке длительности расстройства здоровья (временной нетрудоспособности) [1, 2].

Приводим описание одного из типичных случаев судебно-медицинской экспертизы.

Потерпевший Х., 1937 г. рождения. Обстоятельства дела: 30.10.1993 г. в деревне Кубань гр-н М. нанес телесные повреждения гр-ну Х., который обратился за медицинской помощью на третий день после травмы. Был госпитализирован в ЦРБ по поводу сотрясения головного мозга, ушиба и гематомы волосистой части головы. При поступлении сознание ясное, на вопросы отвечает правильно, парезов и параличей нет; слух и зрение в норме, язык по средней линии, в положении Ромберга устойчив, тремор пальцев кистей. Беспокоит постоянная тошнота. АД — 21,3/13,3 кПа. В последующие дни головные боли и тошнота прошли, однако в положении Ромберга неустойчив. На 12-й день больной отметил ограничение движений головы, на 15-й — боли в шейном отделе позвоночника с ограничением наклонов и поворота головы. Запись от 23.11.1993 г.: «Состояние прежнее». Выписан из стационара на 25-й день после травмы и через 4 дня повторно госпитализирован с жалобами на головную боль, чувство тяжести в голове, головокружение при поворотах головы в стороны, шум в ушах. Из анамнеза выяснено, что головные боли беспокоят больного более 5 лет.

Неврологически: зрачки равны, нистагма нет, резкая асимметрия лица, парезов нет, рефлексы живые, равны, в положении Ромберга пошатывание, мышечная сила сохранена. На протяжении повторного стационарного лечения другой симптоматики не отмечено. Выписан с диагнозом «Посттравматическая энцефалопатия, усугубленная вегетососудистой дистонией, церебрастенический синдром, остеохондроз III—IV шейных позвонков, кра-ниалгия».

При обследовании в РКБ 22.11.93 г. поставлен диагноз «Энцефалопатия смешанного генеза (дисциркуляторная и посттравматическая) с рассеянной микроочаговой симптоматикой, цервикокраниоалгией мышечного типа, остеохондроз III—IV шейных позвонков, нарушение мозгового кровообращения в бассейне мозговых артерий».

24.02.1994 г. был освидетельствован во ВТЭК: диагноз «Остеохондроз III—IV шейных позвонков, синдром позвоночной артерии слева с недостаточностью мозгового кровообращения в сосудах головного мозга, цервикокраниоалгия мышечного типа».

При осмотре экспертами 01.03.1994 г. установлены признаки склероза сосудов головного мозга, а также остеохондроз шейного отдела позвоночника с синдромом позвоночной артерии с легкой рассеянной органической симптоматикой. В общей сложности больной с однотипными жалобами и диагнозом «Сотрясение головного мозга», а в последующем «Посттравматическая энцефалопатия» находился на лечении 4 месяца.

Как видно из изложенного выше описания, у гр-на Х. по обстоятельствам имела место травма мягких тканей головы, и лечащие врачи без какой-либо объективной неврологической симптоматики поставили диагноз «Сотрясение головного мозга». В последующем интерпретировали это состояние потерпевшего как последствие травмы головного мозга. Однако, проанализировав медицинские документы и освидетельствовав гр-на Х., судебно-медицинские эксперты воздержались от судебно-медицинской оценки степени тяжести телесного повреждения в

форме сотрясения головного мозга. Длительность пребывания на больничном листе свыше 3 недель наиболее вероятно связана с имевшейся у гр-на Х. патологией шейного отдела позвоночника, сосудов позвоночной артерии и головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая классификация и построение диагноза черепно-мозговой травмы.—М., 1986.

2. Методические рекомендации к трактовке и экспертной оценке клинического диагноза сотрясения и ушиба головного мозга.—М., 1976.

Поступила 02.02.94.

ON THE PROBLEM OF CLINICAL EXAMINATION OF THE MILD FORMS OF CRANIOCEREBRAL INJURY

L. M. Lomovtseva, Yu. P. Kalinin

Summary

The mild forms of craniocerebral injury — concussion and contusion of the brain of the mild form are closely related in symptomatology but vary in time of a patient (victim) disability and consequently in forensic medical examination of the gravity of body injuries. The problems of diagnosis, differentiated approach of clinical diagnosis in the mild forms of craniocerebral injury are studied, the only approach of physicians-specialists (neurosurgeons, neuropathologists and medicolegists) to this issue is determined.

УДК 616.718.19—001.5—053.2:340.692

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА У ДЕТЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТВЕРДЫХ ТУПЫХ ПРЕДМЕТОВ СПЕРЕДИ

Л. Е. Кузнецов, Е. М. Кильдюшов, В. М. Розинов

Кафедра судебной медицины (зав.—проф. В. Н. Крюков)
Российского медицинского университета

Как следует из схемы (рис. 1), при воздействии спереди локальная деформация касается только области хряща лобкового симфиза и внутренних концов лобковых костей, а конструкционные напряжения возникают в зоне трирадиальных хрящей, в крестце и его соединениях.

Проанализировано 69 случаев травм таза в переднезаднем направлении: 43 экспериментальных, 26—экспертных наблюдений. При этом были зарегистрированы следующие повреждения (см. табл.).

Удар спереди в область лобка в горизонтальной плоскости. При ударе тупым твердым предметом в область

лобка при вертикальном положении тела передача внешних усилий на таз оказывается под углом вследствие физиологического положения самого таза (рис. 2). Наибольшее напряжение в начале травмы испытывают хрящ лобкового симфиза и наружные концы верхних ветвей лобковых костей на границе с У-образными хрящами. При прогибании хряща лобкового симфиза и внутренних концов лобковых костей во внутрь тазового кольца образуются локальные переломы в местах наибольших напряжений, обычно на границе кости с хрящевой тканью; реже они проходят по хрящу лобкового симфиза. Конструкционные