
СУДОВА МЕДИЦИНА

© Плетенецька А. О., *Легадза А. В.

УДК 340. 6: 614. 23/. 25: 616-036. 8

Плетенецька А. О., *Легадза А. В.

АНАЛІЗ НЕДОЛІКІВ, ДОПУЩЕНИХ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ У ВИПАДКАХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЗА ДАНИМИ КОМІСІЙНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ ДУ «ГОЛОВНЕ БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ МОЗ УКРАЇНИ» ЗА 2012-2014 рр.

НМАПО імені П. Л. Шупика (г. Київ)

***ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України»**

(г. Київ)

fantasyalinka@gmail.com

Дана робота виконана у відповідності з плановою тематикою основного плану науково-дослідної роботи кафедри судової медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика «Судово-медична оцінка вогнепальних ушкоджень тіла і одягу», № держ. реєстрації 0106V009578.

Вступ. Питання черепно-мозкової травми досі не втрачає своєї актуальності. Так, в Україні, за офіційними даними, від цієї патології гине більше 11 тис. осіб, з них 55 % помирають на догоспітальному етапі і 41 % – на госпітальному, що перевищує госпітальний показник летальності в розвинених країнах більш ніж в 1,5 рази [3]. Оскільки черепно-мозкова травма (ЧМТ) займає одне з провідних місць у структурі загального травматизму, логічно, що вона є і одним з найважливіших аспектів судово-медичних досліджень [1].

Часто при проведенні судово-медичних експертиз за фактом смерті або встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, тощо, деякі встановлені лікарями діагнози виявляються необґрунтованими. Більшість з них складає саме ЧМТ, зокрема, струс головного мозку. Причиною цього є те, що в клінічній практиці часто зустрічаються випадки гіпер- або гіподіагностики, а значна умовність у визначенні клінічних меж легкої ЧМТ, особливо струсу мозку, сприяє неправильному визначенню клініцистами тяжкості ушкодження головного мозку, особливо в дитячому, похилому і старечому віці [2]. Слід також зазначити, що помилки в оцінці ЧМТ притаманні не тільки клініцистам, а і судово-медичним експертам. Особливості судово-медичної експертизи ЧМТ полягають в тому, що у переважній більшості випадків, особливо при експертизі живих осіб, висновки експерта необхідно складати на основі клінічної симптоматики і додаткових методів дослідження гострого періоду, які відомі тільки з медичних документів (медичні карти стаціонарного і амбулаторного хворого). Отже, знання клінічних дисциплін, таких як неврологія та нейрохірургія, є необхідним також і судово-медичним експертам. На це наголошують і закордонні дослідники, оскільки у більшості високорозвинених країн світу судово-медичні

експертизи у випадках ЧМТ проводяться судовими нейрофізіологами [4, 5, 6]. На жаль, практика показує, що судово-медичні експерти недостатньо повно досліджують всі медичні дані потерпілого, ігноруючи супутню патологію, консультації фахівців невропатологів і нейрохірургів, і часто не користуються Клінічними протоколами надання медичної допомоги хворим з різними формами ЧМТ.

Метою дослідження стало вивчення недоліків при проведенні судово-медичних експертиз у випадках ЧМТ за даними комісійних судово-медичних експертиз ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України».

Об'єкт і методи дослідження. Матеріалом досліджень були 741 судово-медичні експертизи у випадках ЧМТ, виконані у судово-медичному відділі «Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» за 2012-2014 рр. Дослідження проведено з дотриманням основних біоетичних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2008 рр.), а також наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р.

Отримані дані підлягали статистичній обробці стандартними методиками описової статистики за допомогою програми BIOSTAT. Статистична обробка включала розрахунок первинних статистичних показників (середнього або стандартної помилки (M)).

Результати досліджень та їх обговорення. При статистичному аналізі експертиз, проведених у судово-медичному відділі «Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» за 2012-2014 рр, виявилось, що випадки з черепно-мозковою травмою зустрічалися серед усіх експертиз у 39,1 % (741 з 1895 випадків загальної кількості). Важливо відмітити, що серед змінених комісіями Головного бюро експертних висновків основну кількість також традиційно складала черепно-мозкова травма – 236 випадки, що складало 31,85% від загальної кількості експертиз з ЧМТ (741). Кількість змінених висновків по відношенню

Таблиця
Динаміка кількості судово-медичних експертиз у випадках ЧМТ за 2012-2014 рр.

Роки	Всього	За наявності ЧМТ			
		Всього		Змінено	
		n	%±M	n	%±M
2012	621	233	37,52±0,88	65	27,9±2,18
2013	633	248	39,18±0,88	79	30,65±2,18
2014	641	260	40,56±0,88	92	35,38±2,18
Всього	1895	741	39,1	236	31,85

до загальної кількості експертиз випадках ЧМТ у кожному році зростала від 27,9±2,18% у 2012р до 35,38±2,18% у 2014р (табл.).

Більшість судово-медичних експертиз у випадках ЧМТ складала експертизи живих осіб, що склало 73,85%. При цьому, кількість помилок, допущених судово-медичними експертами при оцінці ЧМТ теж стосувалася випадків з живими особами. Отже, проаналізувавши експертизи бюро сме, виявилось, що у наданій для проведення судово-медичної експертизи медичній документації у багатьох випадках саме лікарі встановлювали діагноз «ЧМТ» необґрунтовано. Особливо це стосувалося випадків клінічно-легких форм черепно-мозкової травми – струсу головного мозку та забою головного мозку легкого ступеню, які склали 83,37% та 12,76%, відповідно.

Так, найбільша кількість невиконаних діагностично-лікувальних заходів стосувалася струсу головного мозку. При цьому, за наявності діагнозу «струс головного мозку» деяким хворим не проводилися КТ або МРТ головного мозку, не приводилася діагностично-лікувальна люмбальна пункція, краніографія черепу, реоенцефалографічного дослідження судин головного мозку, електроенцефалографічне дослідження. Слід звернути увагу на якість огляду хворих. Так, неврологічний статус більшості хворих був описаний не у повному обсязі, без урахування повної неврологічної симптоматики, притаманної окремій формі ЧМТ. Ускладнює судово-медичну оцінку і той факт, що у деяких випадках невропатологи ставили діагноз «струс головного мозку» тільки на основі суб'єктивних скарг хворого (головний біль, запаморочення, нудоту, тощо) і анамнестичних даних (травма голови, зі слів хворого). При цьому, хворого не оглядали нейрохірурги, оториноларингологи та офтальмологи, що є необхідним у випадках ЧМТ. У деяких випадках діагнозу «струс головного мозку» встановлювався травматологами, хірургами, тощо, тобто лікарями непрофільних спеціальностей.

Що стосується інших форм ЧМТ, таких, як забій головного мозку різних ступенів, то дефекти, що були виявлені при аналізі медичної документації у судово-медичних експертизах, схожі з тим, що мали місце при струсі головного мозку. При цьому, слід сказати, що поряд з неповною клінічною симптоматикою, яка б підтверджувала забій головного мозку, що спостерігалось у більшості випадків, зустрічалися і випадки повної відсутності такої симптоматики. У ряді випадків

хворим не проводили КТ або МРТ головного мозку. Зазвичай така ситуація спостерігалася при забої головного мозку легкого ступеня.

Таким чином, лікарі при встановленні діагнозу «Черепно-мозкова травма» не дотримувались Клінічних протоколів надання медичної допомоги.

При аналізі судово-медичних експертиз, проведених у судово-медичному відділі «Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» за 2012-2014 рр, було виявлено, що при проведенні експертиз у бюро експертами також було допущено ряд помилок. Наприклад, для оцінки медичної документації до складу експертної комісії не завжди залучалися відповідні спеціалісти – нейрохірург, невропатолог, оториноларинголог, рентгенолог, тощо, не вивчалися медичні документи, які містили відомості про стан здоров'я травмованої особи за період, що передував травмі, не враховувалися чинники, які обумовлювали подовження терміну видужання (несвоєчасне звернення травмованого за медичною допомогою, отримання черепно-мозкової травми в стані алкогольного сп'яніння, проходження після травми амбулаторного лікування), також ігнорувалася відсутність проведення діагностично-лікувальної люмбальної пункції, за наявності показань, не оцінювалися результати реоенцефалографічного дослідження судин головного мозку, комп'ютерної томографії головного мозку, травмованих не оглядали члени експертної комісії, не призначали необхідні для встановлення характеру ушкоджень додаткові обстеження потерпілих (виконання КТ, МРТ, тощо). Слід зазначити, що невірно розцінювалася також ЧМТ у дітей та у людей старечого і похилого віку. При цьому, у літніх людей супутня патологія, зокрема судинна, обтяжувала, а інколи і імітувала прояви ЧМТ особливо у випадках струсу головного мозку.

Саме через наведені вище причини, клінічно-легкі форми черепно-мозкової травми комісії бюро відносили до ушкоджень середнього ступеня тяжкості за ознакою тривалості розладу здоров'я і навіть до тяжких тілесних ушкоджень, а при проведенні повторних судово-медичних експертиз в Головному бюро ці випадки склали майже третину від усіх змінених (31,78%). Зокрема, лише в 32-х випадках клінічно-легкі форми черепно-мозкової травми – струс головного мозку та забій головного мозку комісіями Головного бюро були змінені, і віднесені до легких тілесних ушкоджень після того, як попередніми експертними комісіями ці форми ЧМТ були віднесені до середнього ступеню тяжкості за критерієм тривалого розладу здоров'я, лише на підставі того, що у травмованих тривалий час після події спостерігалися ознаки астенизації, артеріальної, або лікворної дистонії, больові синдроми тощо. В усіх цих випадках в медичних документах містилися відомості про наявність до події хронічних захворювань хребта, серцево-судинної, нервової систем, перебіг яких загострювався після травми, що давало можливість пояснити тривалий розлад здоров'я, та те, що він не був обумовлений характером самої черепно-мозковою травмою.

Наведемо декілька прикладів. В одному з випадків експерти з залученням невропатолога до проведення експертизи встановили характер черепно – мозкової травми, як струс головного мозку, з симптоматикою,

що нормалізувалась до 21ї доби, та віднесли цю травму до легких тілесних ушкоджень. А в ході проведення комісійної експертизи ці ж експерти з залученням того ж невропатолога, без будь яких пояснень і обґрунтувань, змінили свою думку і вже констатували, що особі був спричинений забій головного мозку, який відноситься до тілесних ушкоджень середнього ступеню тяжкості. При проведенні повторної експертизи комісією Головного бюро було звернуто увагу на те, що клінічні прояви забою головного мозку відсутні, крім того, відразу після травми особа не проходила необхідного з таким діагнозом стаціонарного лікування, і що люмбальна пункція, КТ чи МРТ головного мозку для об'єктивного підтвердження забою головного мозку, не виконувались. Тобто для зміни висновків про наявність більш тяжкої ЧМТ, ніж струс головного мозку, підстав не було.

В двох випадках змінених експертиз комісії бюро без залучення відповідних фахівців наполягали на тому, що неврологічна симптоматика, у осіб з діагнозами – в одному випадку – «забій головного мозку середнього ступеню» з наявністю ушкоджень на голові (синців, саден), а в другому – «струс головного мозку, перелом кісток носа», є проявом виключно «органічної патології головного мозку судинного характеру», хоча діагноз «перелом кісток носа» комісія обласного бюро до уваги взяла і віднесла його до тілесних ушкоджень легкого ступеню тяжкості, що спричинили короточасний розлад здоров'я. В обох випадках при вивченні комісією Головного бюро медичної документації було з'ясовано, що потерпілі мали хронічні захворювання до події, проте характер неврологічної симптоматики після події, динаміка її перебігу свідчили про перенесення клінічно-легкої форми черепно-мозкової травми струсу головного мозку.

Ще наведемо кілька випадків, коли без залучення рентгенолога до складу комісії експерти прийшли до необґрунтованих підсумків в частині визначення характеру та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Так, в одному бюро, без залучення рентгенолога, комісія прийняла до уваги діагноз, встановлений особі під час лікування «Ушиб головного мозга средней степени, линейный перелом пирамиды левой височной кости, субарахноидальное кровоизлияние в области основания правой лобной доли, кровоподтеки на лице. . . ». При проведенні повторної експертизи комісією Головного бюро на підставі вивчення тих же медичних документів з залученням рентгенолога, який оцінив КТ знімки, нейрохірурга, отоларинголога, нейроофтальмолога, які оцінили неврологічну симптоматику та інші клінічні дані, було встановлено, що вказаний діагноз об'єктивними даними не підтверджений, і що в особі має місце струс головного мозку, який відноситься до легких тілесних ушкоджень. В другому випадку комісія без участі рентгенолога, оцінюючи клінічний діагноз «забій головного мозку», пояснювала слідству, що цей діагноз підтверджується об'єктивними даними, зокрема наявністю гіподенсивного вогнища на КТ. При вивченні медичної документації комісією Головного бюро, клінічної симптоматики, яка б підтверджувала забій головного мозку виявлено не було, на наданій КТ вогнищеві зміни були відсутні відсутні. В ще одному випадку за висновком обласного бюро, особа під час події отримала струс головного мозку та травму

поперекового відділу хребта у вигляді забою, дискогенної післятравматичної радикулопатії поперекових хребців, яку було віднесено до тілесних ушкоджень середнього ступеню тяжкості. При проведенні повторної експертизи в Головному бюро жоден з діагнозів об'єктивного підтвердження не знайшов, також комісією було встановлено, що стан здоров'я особи після події був обумовлений наявністю хронічного дегенеративно – дистрофічного захворювання хребта. Сім експертиз було змінено в частині встановлення характеру отриманих ушкоджень, механізму їх виникнення та ступеню тяжкості виходячи виключно з результатів рентгенологічних досліджень, тобто саме через те, що рентгенологи комісії Головного бюро та рентгенологи комісії обласного бюро приходили до різних висновків щодо наявності переломів кісток кінцівок, черепа, ребер тощо.

Не виправдовуючи судово-медичних експертів, які дають невірну судово-медичну оцінку черепно-мозковій травмі, слід все ж таки зазначити, що провідну роль в цій оцінці відіграє правильно оформлена медична документація і обґрунтоване проведення ряду клініко-діагностичних заходів, особливо у живих осіб у випадках, коли після травмування потерпілого пройшов значний час, і прояви тієї чи іншої форми ЧМТ можуть зникнути. Таким чином, на наш погляд, і у подібних випадках можна казати про дефекти надання медичної допомоги, що необхідно обов'язково відмічати у підсумках.

Як було зазначено вище, експертизи трупів у випадках ЧМТ, склали меншість випадків (26,15%), проте слід запититись на основних помилках, які допускати судово-медичні експерти. Так, у 22 випадках повторних експертиз, які стосувалися смертельних важких черепно-мозкових травм з множинними ушкодженнями м'яких тканин в ділянці голови, ділянками забою головного мозку, крововиливами під оболонки, комісії бюро вказували на неможливість встановлення конкретного механізму утворення черепно-мозкової травми, оскільки, на їх думку черепно-мозкова травма, що призвела до смерті, виникла від сукупності дій в ділянці голови. При проведенні повторних експертиз комісії Головного бюро змогли визначити механізм їх отримання, розмежувавши ушкодження, які могли виникнути в результаті падіння від ушкоджень, які могли виникнути від окремих ударів, та встановити, внаслідок яких саме травмуючих дій в ділянці голови виникли ушкодження, що призвели до настання смерті, і ушкодження, які не мали впливу на її настання і, відповідно, оцінити ушкодження за ступенем тяжкості.

У ряді випадків експерти при розтині трупа недостатньо описували (а іноді і взагалі не описували) ушкодження на голові та ушкодження головного мозку та його оболонок: відсутній опис внутрішньочерепних крововиливів (їх локалізація, розміри, колір, тощо), ділянок контузії головного мозку, стан мозкових оболонок, судин та речовини головного мозку. Матеріал для гістологічного дослідження брався невірною (не з усіх необхідних ділянок або взагалі не брався), що викликало труднощі визначення давності ЧМТ, її механізму, тощо.

Таким чином, причина недоліків, допущених при проведенні судово-медичних експертиз у випадках

черепно-мозкової травми, має дві основні складові: по-перше, недоліки експертної роботи і, по-друге, недоліки лікарів-клініцистів на етапі діагностики та лікування ЧМТ. Що стосується недоліків експертної роботи, то їх слід розділити на наступні групи. При експертизі живих осіб, з одного боку, це недооцінка даних обстеження потерпілих, неврахування супутньої патології та особливостей протікання ЧМТ у дітей та осіб старечого віку, а також на фоні алкогольного сп'яніння; з іншого ж боку – організаційні недоліки (відсутність консультацій невропатологами, нейрохірургами, тощо). При експертизі трупів основні недоліки стосуються порушень опису ушкодження та забору матеріалу на гістологічне дослідження.

Висновки.

1. У судово-медичному відділі «Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» за 2012-2014 рр випадки з черепно-мозковою травмою зустрічалися серед усіх експертиз у 39,1% (741 з 1895 випадків загальної кількості). Серед змінених комісіями Головного бюро експертних висновків основну кількість також складала черепно-мозкова травма – 236 випадки, що склало 31,85% від загальної кількості експертиз з ЧМТ (741). При цьому, кількість змінених висновків по відношенню до загальної кількості експертиз у випадках ЧМТ у кожному році зростала від 27,9±2,18% у 2012 р до 35,38±2,18% у 2014р.

2. У наданій для проведення судово-медичної експертизи медичній документації у багатьох випадках саме лікарі встановлювали діагноз «ЧМТ» необґрунтованою. Найбільша кількість невиконаних діагностично-лікувальних заходів стосувалася струсу головного мозку та забою головного мозку легкої форми. При цьому, лікарі при встановленні діагнозу «Черепно-мозкова травма» не дотримувались Клінічних протоколів надання медичної допомоги.

3. При експертизі живих осіб клінічно-легкі форми черепно-мозкової травми комісії бюро відносили до ушкоджень середнього ступеня тяжкості за ознакою тривалості розладу здоров'я і навіть до тяжких тілесних ушкоджень, а при проведенні повторних судово-медичних експертиз в Головному бюро ці випадки склали майже третину від усіх змінених (31,78%).

4. Експертизи трупів у випадках ЧМТ склали меншість випадків (26,15%).

5. Причина недоліків, допущених при проведенні судово-медичних експертиз у випадках черепно-мозкової травми, має дві основні складові: по-перше, недоліки експертної роботи і, по-друге, недоліки лікарів-клініцистів на етапі діагностики та лікування ЧМТ. Що стосується недоліків експертної роботи, то їх слід розділити на наступні групи. При експертизі живих осіб, з одного боку, це недооцінка даних обстеження потерпілих, неврахування супутньої патології та особливостей протікання ЧМТ у дітей та осіб старечого віку, а також на фоні алкогольного сп'яніння, неповне вивчення медичної документації; з іншого ж боку – організаційні недоліки (відсутність додаткових обстежень потерпілих, а також консультацій невропатологами, нейрохірургами, тощо). При експертизі трупів основні недоліки стосуються опису експертами ушкодження не у повному обсязі та порушень забору матеріалу на гістологічне дослідження.

Перспективи подальших досліджень. На основі проведеного аналізу виявлені основні клінічні помилки, що допускаються лікарями при встановленні діагнозу «ЧМТ», а також експертні помилки, які виникають при проведенні судово-медичних трупів та живих осіб за наявності ЧМТ. Отримані дані допоможуть практичним експертам в судово-медичній оцінці ЧМТ, що підвищить якість судово-медичних експертиз і сприятиме вірній кваліфікації злочинів судово-слідчими органами.

Література

1. Попов В. Л. Черепно-мозговая травма: Судебно-медицинские аспекты / В. Попов. – Л. : Медицина, 1988. – 240 с.
2. Сотрясение головного мозга / Б. А. Саркисян, Н. В. Бастуев, И. В. Паньков, В. С. Трубочников. – Новосибирск : Наука. Сибирская издательская фирма РАН, 2000. – 104 с.
3. Черний В. И. Алгоритм лечения тяжелой черепно-мозговой травмы / В. И. Черний // Медицина неотложных состояний. – 2013. – С. 37-42.
4. Gregory Murrey. The Forensic Evaluation of Traumatic Brain Injury: A Handbook for Clinicians and Attorneys / Gregory Murrey, Donald Starzinski. – USA : Second Edition Hardcover, November 8, 2007–170 p.
5. Jonathan M. Silver. Textbook of Traumatic Brain Injury / Jonathan M. Silver, Thomas W. McAllister, Stuart, C. Yudofsky. –USA, 2011–125 p.
6. Robert P. Granacher. Forensic Issues in the Structural or Functional Neuroimaging of Traumatic Brain Injury / R. Granacher. – Lexington, KY, USA : Department of Psychiatry, University of Kentucky College of Medicine, Lexington Forensic Neuropsychiatry, 2013 – 120 p.

УДК 340.6:614.23/.25:616-036.8

АНАЛІЗ НЕДОЛІКІВ, ДОПУЩЕНИХ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ У ВИПАДКАХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЗА ДАНИМИ КОМІСІЙНИХ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ ДУ «ГОЛОВНЕ БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ МОЗ УКРАЇНИ» ЗА 2012-2014 РР.

Плетенецька А. О., Легедза А. В.

Резюме. Оскільки черепно-мозкова травма (ЧМТ) займає одне з провідних місць у структурі загального травматизму, логічно, що вона є і одним з найважливіших аспектів судово-медичних досліджень. В статті проаналізовані експертизи, у випадках ЧМТ, виконані у судово-медичному відділі «Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України» за 2012-2014 рр. Проведено якісну оцінку змісту документів та кількісний аналіз статистичних показників за допомогою статистичної обробки матеріалу з використанням програми BIostat.

Визначено динаміку зростання кількості експертиз у випадках ЧМТ з роками, а також кількість змінених висновків по відношенню до загальної кількості експертиз у випадках ЧМТ. Виявлено, що у наданій для проведення судово-медичної експертизи медичній документації у багатьох випадках саме лікарі встановлювали діагноз «ЧМТ» необґрунтованою. Причиною недоліків, допущених при проведенні судово-медичних експертиз у випадках черепно-мозкової травми, має дві основні складові: по-перше, недоліки експертної роботи і, по-друге, недоліки лікарів-клініцистів на етапі діагностики та лікування ЧМТ.

Ключові слова: судово-медична експертиза, черепно-мозкова травма, недолік.

УДК 340. 6: 614. 23 / . 25: 616-036. 8

АНАЛИЗ НЕДОСТАТКОВ, ДОПУЩЕННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СЛУЧАЯХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПО ДАННЫМ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ГУ «ГОЛОВНЕ БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ МОЗ УКРАЇНИ» ЗА 2012-2014 ГГ.

Плетенецкая А. А., Легедза А. В.

Резюме. Поскольку черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает одно из ведущих мест в структуре общего травматизма, логично, что она является и одним из важнейших аспектов судебно-медицинских исследований. В статье проанализированы экспертизы, в случаях ЧМТ, выполненные в судебно-медицинском отделе «Главное бюро судебно-медицинской экспертизы МОЗ Украины» за 2012-2014 гг. Проведено качественную оценку содержания документов и количественный анализ статистических показателей с помощью статистической обработки материала с использованием программы BIOSTAT. Определена динамика роста количества экспертиз в случаях ЧМТ с годами, а также количество измененных выводов по отношению к общему количеству экспертиз в случаях ЧМТ. Выведено, что в предоставленной для проведения судебно-медицинской экспертизы медицинской документации во многих случаях именно врачи устанавливали диагноз «ЧМТ» необоснованной. Причиной недостатков, допущенных при проведении судебно-медицинских экспертиз в случаях черепно-мозговой травмы, имеет две основные составляющие: во-первых, недостатки экспертной работы и, во-вторых, недостатки врачей-клиницистов на этапе диагностики и лечения ЧМТ.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, черепно-мозговая травма, недостаток.

UDC 340. 6: 614. 23 / . 25: 616-036. 8

Analysis of Shortcomings, Arising during Forensic Examination in Cases of Traumatic Brain Injury, by Data of Commission Forensic Examinations of the SI «The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health of Ukraine» for 2012-2014 yy.

Pletenetskaya A., Legedza A.

Abstract. Introduction. Because traumatic brain injury (TBI) is one of the leading places in the structure of total injuries, it's logical, that it's also one of the most important aspects of forensic investigations. Forensic examinations in cases of head injury, which were made in the forensic department of SI «The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health of Ukraine» for 2012-2014, were analyzed.

The aim of the research was to study the shortcomings during forensic examinations in cases of TBI, according to data of commission forensic examinations of the SI «The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health Of Ukraine».

Materials and methods. Research materials were 741 forensic examination in cases of TBI, made in forensic department of the SI «The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health Of Ukraine» for 2012-2014.

The data were subjected to statistical analysis by standard methods of descriptive statistics using BIOSTAT. Statistical analysis included the calculation of primary statistical parameters (mean and standard error (M)).

Results. In forensic medical department of SI «The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health of Ukraine» for 2012-2014 cases of traumatic brain injury met in all examinations in 39. 1% (741 cases from 1895 total). Among the expert conclusions, which were changed by commissions of the Main Bureau, the biggest number was also TBI – 236 cases (31. 85% of the total number of examinations with TBI (741)). The number of altered conclusions in relation to the total number of examinations in cases of TBI each year increased from 27,9±2,18% in 2012 to 35,38±2,18% in 2014.

Analyzing the examination, it was found that in medical records for forensics in many cases doctors established diagnosis «TBI» incorrectly, especially in cases of clinically-mild traumatic brain injury – concussion of a brain and bruises of a brain of mild degree, which amounted to 83,37% and 12,76%, respectively.

Most of the unfulfilled diagnostic and therapeutic measures concerned concussion of a brain. Thus, in the diagnosis of «concussion» not conducted CT or MRI of the brain, the diagnostic-therapeutic lumbar puncture wasn't done, craniography of a skull, reo encephalographic research vessels of the brain, electroencephalographic study. About the quality of patient examination it's striking that the neurological status of the majority of patients wasn't described in full, with complete neglect of neurological symptoms, peculiar to a particular form of TBI. Complicating forensic assessment also the fact that in some cases neurologists diagnosed «concussion» only on the basis of subjective patient complaints (headache, dizziness, nausea, etc.) and anamnesis (head injury, according to the patient's words). However, no patient was examined by neurosurgeons, ophthalmologists and otorhinolaryngologist, what's necessary in cases of head injury. In some cases the diagnosis of «concussion» was established by traumatologists, surgeons, etc., that non-core specialty physicians.

As for the more severe TBI as the bruise of a brain, the defects, that were found in the analysis of medical records in the forensic examination, were similar to what occurred with concussion. Thus, doctors at diagnosis "Traumatic brain injury" doesn't comply with clinical protocols of care. That's why during the examination of living persons, clinically mild forms of TBI commissioners of bureau attributed to injury of middle severity on the basis of duration of health disorder and even to hard injury, in case of repeated forensic medical examinations at the Main Bureau, these cases were almost a third of all admitted (31.78%).

Examinations of dead bodies in cases of TBI were a minority of cases (26.15%).

The reason of shortcomings committed during forensic examinations in cases of traumatic brain injury, has two main components: first, the shortcomings of expert work and, secondly, the shortcomings of clinicians at the stage of diagnosis and treatment of TBI. As for the disadvantages of an expert, they should be divided into the following groups. During the examination of living persons, on the one hand, this underestimation survey data of victims, ignoring comorbidity and peculiarities of TBI in children and elderly, as well as the background of intoxication, incomplete study of medical records; on the other hand, organizational shortcomings (the absence of consultations of victims by neurologists, neurosurgeons, etc.). During the examination of corpses the major shortcomings were related with not fully describing and disorders of the fence material for histological examination.

Conclusions. In forensic medical department of SI "The Main Bureau of Forensic Examination of Ministry of the Health of Ukraine" for 2012-2014 cases of traumatic brain injury met in all examinations in 39.1% (741 cases from 1895 total). Among the expert conclusions, which were changed by commissions of the Main Bureau, the biggest number was also TBI – 236 cases (31.85% of the total number of examinations with TBI (741)). The number of altered conclusions in relation to the total number of examinations in cases of TBI each year increased from $27,9 \pm 2,18\%$ in 2012 to $35,38 \pm 2,18\%$ in 2014.

In provided for forensics medical records in many cases doctors established diagnosis "TBI" unsubstantiated. Most of the unfulfilled diagnostic and therapeutic measures concerned concussion of a brain and mild brain bruises. Thus, doctors at diagnosis "Traumatic brain injury" doesn't comply with clinical protocols of care.

During the examination of living persons, clinically mild forms of TBI commissioners of bureau attributed to injury of middle severity on the basis of duration of health disorder and even to hard injury, in case of repeated forensic medical examinations at the Main Bureau, these cases were almost a third of all admitted (31.78%).

Examinations of dead bodies in cases of TBI were a minority of cases (26.15%).

The reason of shortcomings committed during forensic examinations in cases of traumatic brain injury, has two main components: first, the shortcomings of expert work and, secondly, the shortcomings of clinicians at the stage of diagnosis and treatment of TBI. As for the disadvantages of an expert, they should be divided into the following groups. During the examination of living persons, on the one hand, this underestimation survey data of victims, ignoring comorbidity and peculiarities of TBI in children and elderly, as well as the background of intoxication, incomplete study of medical records; on the other hand, organizational shortcomings (the absence of consultations of victims by neurologists, neurosurgeons, etc.). During the examination of corpses the major shortcomings were related with not fully describing and disorders of the fence material for histological examination.

Keywords: forensic examination, traumatic brain injury, shortcoming.

Рецензент – проф. Старченко І. І.

Стаття надійшла 05. 03. 2015 р.