

© КОЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

А.В. Дунаев¹, С.М. Григоров², Л.В. Черкашина³

ПРИОРИТЕТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

ГУ «Луганский национальный медицинский университет»¹,Харьковский национальный медицинский университет²,Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина³

Введение. Травмы шейного отдела позвоночника имеют сочетанный характер с травмами лицевого скелета и, наоборот. Они сопровождаются нарушениями в шейном отделе, что в экспертной практике предопределяет комплексность обследования при экспертизе живых лиц.

Цель. Провести контент-анализ патогенетических предпосылок совершенствования судебно-медицинской экспертизы травм шейного отдела позвоночника (изолированных и сочетанных с травмами ЛС) у живых лиц.

Результаты. Установлено, что среди методов клинической диагностики при оценке степени тяжести телесных повреждений при травмах шейного отдела перспективными являются оценка состояния церебральной гемодинамики, реактивности ГМ, методы оценки опорно-двигательных функций позвоночника. При судебно-медицинской диагностике не всегда проводятся необходимые исследования, привлекаются необходимые специалисты-консультанты. Так, только в 11,5% наблюдений ротационных подвывихов атланта, проведена компьютерная томография, позволяющая действительно объективно диагностировать этот вид травмы. Только в 34,0% наблюдений - пострадавшие с такими повреждениями проконсультированы невропатологом, который установил соответствующую неврологическую симптоматику.

Ключевые слова: шейный отдел позвоночника, лицевой скелет, судебно-медицинская экспертиза, телесные повреждения.

ВВЕДЕНИЕ

Повреждения шейного отдела позвоночника (ШОП) составляют до 30%, в структуре повреждений позвоночника, и относятся к наиболее тяжким травмам опорно-двигательной системы. Повреждение нервной системы при травмах ШОП возникает в 50,0-60,0% случаев [1, 6, 7]. При этом пострадавшие с травмой ШОП и паравертебральных тканей, могут стать объектом судебно-медицинской экспертизы живых лиц, которая проводится в ходе судебного и досудебного следствия. При этом, последние годы отмечен рост количества пострадавших с сочетанными поражениями – травмами двух и более анатомических сегментов одним поражающим фактором [9]. У пострадавших с повреждениями лицевого скелета (ЛС) частота сочетанных травм достигает 10,0-12,0% [10]. Травма шейного отдела позвоночника (ТШОП) и челюстно – лицевая травма (ЧЛТ), являясь одновременно физическими и психическими стрессорами, формируют развитие стресс-реактивных изменений со стороны основных гомеостатических систем организма (нервной, иммунной, эндокринной)

[4, 5]. Данные литературы свидетельствуют, что у больных, как с прямой, так и с непрямой ТШОП отмечаются выраженные эндокринные нарушения, которые могут отражать тяжесть поражения головного мозга и играть роль фактора возникновения осложнённого течения повреждений, как шейного отдела позвоночника, так и ЛС [2, 3]. Несмотря на постоянный поиск и внедрение новых методов диагностики, количество возникающих осложнений остается достаточно высоким, достигая 36,5% [3, 4]. Не вызывает сомнения, что проблема лечебной помощи пациентам с ТШОП и травмами ЛС является мультидисциплинарной, определяя потребность в совместных действиях челюстно - лицевых хирургов и врачей других специальностей: травматологов, нейрохирургов, офтальмологов, невропатологов [8-10].

В доступной судебно-медицинской литературе отсутствуют общепризнанные диагностические критерии, позволяющие объективно определить степень тяжести телесных повреждений при всех вариантах такой травмы. В литературе не определен оптимальный объем диагностических исследований для оценки исходов травм шейного отдела позвоночника и паравертебральных тканей. Не разработан алгоритм проведения судебно-медицинской экспертизы.

Целью работы - контент-анализ патогенетических предпосылок совершенствования судебно-медицинской экспертизы травм шейного отдела позвоночника (изолированных и сочетанных с травмами ЛС) у живых лиц.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделе судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ХОБСМЭ было проведено 47 экспертных исследований по поводу травм шейного отдела позвоночника и паравертебральных тканей, что составило около 4,0% от общего количества повреждений шеи. В ходе проведения исследования, использовались такие методы: регистрационный – полученные данные заносились в специально разработанные регистрационные карты; метод статистического анализа; морфологический метод – определялся характер повреждений; клинический – анализировалось нарушение функции, длительность расстройства здоровья; судебно-медицинский – анализировалась установленная экспертами степень тяжести телесных повреждений.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ ТШОП при ЧЛТ и ее последствий показал, что у подавляющего большинства пострадавших наблюдаются различные интракраниальные проявления: по данным компьютерной томографии (КТ), доминирующими являются очаговые повреждения лобных и височных долей ГМ, а также переломы основания передней черепной ямки, сопровождающиеся назальной ликворей. Клинически ТШОП проявляется общемозговыми и локальными симптомами; к общемозговому относят потерю сознания, головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, амнезию, а к локальным – нарушение функции черепных нервов. Исследование клинических проявлений основных форм легкой ЧМТ показало, что минимальными диагностическими критериями сотрясения ГМ следует считать наличие кратковременных нарушений сознания и/или непродолжительные нарушения памяти на события, непосредственно предшествовавшие травме или последовавшие вслед за ней. Минимальными

диагностическими критериями ушибов ГМ легкой степени в группе больных с предполагаемой легкой ТШОП можно считать наличие легкой очаговой симптоматики переломов костей свода черепа, субарахноидального кровоизлияния, ограниченных КТ изменений вещества ГМ [1-3].

К сожалению, в ряде случаев, ТШОП, сочетающееся с повреждениями ЛС, диагностируется лишь в случаях с ярко выраженной неврологической симптоматикой. Между тем, ГМ отличается высокой чувствительностью к травматическому воздействию даже при легкой ТШОП. В тоже время, тяжелые ЧЛТ нередко затрудняют оценку тяжести ТШОП. Кровотечение в клетчатку век и склеру глаз симулирует перелом основания черепа, затрудняет исследование функции глазодвигательных нервов, осмотр глазного дна. Повреждение тройничного, лицевого, глазодвигательного нервов может симулировать очаговую симптоматику. Повреждение челюстей, западение языка, обтурация верхних дыхательных путей слизью, кровью, отломками зубов и зубных протезов вызывают обтурацию верхних дыхательных путей, дыхательную недостаточность, усугубляя гипоксию ГМ. Повреждение придаточных пазух носа, наблюдающееся при переломе лобной кости, верхней челюсти, костей носа способствует восходящей инфекции, а при ликворее – образованию ликворных свищей. Реактивный отек, сопровождающий повреждение лица и челюстей, развитие воспалительных инфильтратов приводят к сдавливанию сосудов шеи, глубоких вен лица, вызывают венозный застой, способствуя нарастанию отека ГМ [5, 10].

При судебно-медицинской диагностике не всегда проводятся необходимые исследования, привлекаются необходимые специалисты-консультанты. Так, только в 11,5% наблюдений ротационных подвывихов атланта, проведена компьютерная томография, позволяющая действительно объективно диагностировать этот вид травмы. Только в 34,0% наблюдений - пострадавшие с такими повреждениями проконсультированы невропато-логом, который установил соответствующую неврологическую симптоматику. Так же обращает на себя внимание, что рентгенография шейного отдела позвоночника в большинстве экспертиз проводится в стандартной проекции, в дополнительных проекциях - функциональной боковой проекции, в косых проекциях, в передне-задней проекции через рот, не проводится. Рентгенография травматических изменений межпозвоночных дисков, капсул суставов, связочного аппарата и паравертебральных тканей проводится при обзорном исследовании только в двух проекциях, что в некоторых случаях, может быть малоинформативным.

ВЫВОДЫ

- Отсутствие единых судебно-медицинских критериев для оценки степени тяжести ТШОП определяет перспективные направления научных работ по данной теме, которые должны базироваться на комплексном учёте функциональных и стойких расстройств здоровья.
- Среди методов клинической диагностики и клинико-морфологической верификации при оценке степени тяжести телесных повреждений при ТШОП перспективными являются оценка состояния церебральной гемодинамики, реактивности ГМ, методы оценки опорно-двигательных функций позвоночника.

Литература

1. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М.: Медицина. 1968.
2. Алексеев Ю.В. Структура клинических проявлений и минимальные диагностические критерии легких черепно-мозговых повреждений. Вестн. Витеб. гос. мед. ун-та. 2002, 1 (1): 90–95.
3. Алимова М.Я., Макеева М. К., Алимова А. В. Развитие междисциплинарных взаимодействий при лечении пациентов стоматологического профиля. Анналы хирургии. 2006, 5: 23–26.
4. Аль Алавни С.В., Денга О.В. Влияние растительных полифенолов на иммунологические и биохимические показатели слюны при черепно-мозговой и лицевой травмах. Вісник стоматології. 2005, 4: 39–41.
5. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-лицевой области. М.: Мед. лит. 2006.
6. Дмитриева А.М., Кривошеков В.Д., Борисова Л.И. Нейрорентгено-диагностика закрытой травмы шейного отдела позвоночника (методические рекомендации). Пермь: ПГМА. 2003.
7. Еолчийн А.С. Мультидисциплинарный подход к хирургии краниофациальной травмы. Мат-лы 3-й съезда нейрохирургов России. 2002. СПб.: 21–22.
8. Захаров В.О. Интракраниальная патология при краниофациальной травме. Мат-лы III Съезда нейрохирургов России. Санкт-Петербург. 2002: 26–27.
9. Калиновский Д.К. Профилактика и лечение осложнений травматических повреждений челюстно-лицевой области. Вестник неотложной и восстановительной медицины. 2004, 2: 253-255.

А.В. Дунаев, С.М. Григоров, Л.В. Черкашина

Пріоритети удосконалення судово-медичної оцінки ступеня тяжкості тілесних ушкоджень шийного відділу хребта і лицьового скелету

ДУ «Луганський національний медичний університет»,

Харківський національний медичний університет,

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Вступ. Травми шийного відділу хребта мають поєднаний характер травмами лицьового скелета і, навпаки. Супроводжуються порушеннями в шийному відділі, що в судово-медичній практиці визначає комплексність досліджень при експертизі живих осіб.

Мета. Провести контент-аналіз патогенетичних передумов удосконалення судово-медичної експертизи травм шийного відділу хребта (ізольованих і поєднаних з травмами лицьового скелету) у живих осіб.

Результати. Встановлено, що серед методів клінічної діагностики при оцінці ступеня тяжкості тілесних при травмах шийного відділу перспективними є оцінка стану церебральної гемодинаміки, реактивності ГМ, методи оцінки опорно-рухових функцій хребта. При судово-медичній діагностиці не завжди проводяться необхідні дослідження,

залучаються необхідні спеціалісти-консультанти. Так, тільки в 11,5% спостережень ротаційних підвивихів атланта, проведена комп'ютерна томографія, яка дійсно дозволила об'єктивно діагностувати цей вид травми. Тільки в 34,0% випадках – потерпілі з такими ушкодженнями проконсультовані невропатологом, який встановив відповідну неврологічну симптоматику. Отже, при оцінці ступеня тяжкості тілесних ушкоджень при травмах шийного відділу, перспективними є визначення церебральної гемодинаміки, реактивності ГМ, методи оцінки опорно-рухових функцій хребта.

Ключові слова: шийний відділ хребта, лицьовий скелет, судово-медична експертиза, тілесні ушкодження.

A.V. Dunaiev, S.M. Hryhorov, L.V. Cherkashyna

Improvement priorities of forensic medical evaluation of degree of severity level of the cervical spine and facial skeleton injuries

SI «Lugansk National Medical University»

Kharkiv National Medical University

V. N. Karazin Kharkiv National University³

Introduction. The cervical spine injuries are often combined with the facial skeleton injuries and vice versa. They are accompanied by abnormalities in the cervical spine, which determines the complexity of research at the examination of living persons in forensic practice.

Aim. To perform a content analysis of pathogenic conditions for improving forensic expertise of the cervical spine injuries (isolated and combined with the facial skeleton injuries) in living persons.

Results. There was established that the following methods of clinical diagnosis at evaluating the severity of cervical spine body injuries are prospective: assessment of cerebral hemodynamics, GM reactivity, methods for evaluating the spine musculoskeletal functions. In forensic medical diagnosis the necessary investigations are not always made with involving required specialists and consultants. So, only in 11.5% of cases of rotational subluxations of atlantis there was conducted a computed tomography, which really allowed to diagnose objectively this type of injury. Only in 34.0% cases the victims with such injuries were consulted by a neurologist, who established an appropriate neurological symptoms. Thus, assessment of cerebral hemodynamics, GM reactivity, methods for evaluating the spine musculoskeletal functions are prospective in evaluating the severity of cervical spine injuries.

Key words: cervical spine, facial skeleton, forensic medical examination, body injuries.