

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЛИЦЕВОЙ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

д.м.н., проф. А.И. Авдеев, Н.Ю. Компанец

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины ГБОУ ВПО Дальневосточного государственного медицинского университета (зав. – Авдеев А.И.)

Аннотация: Рассмотрены варианты сочетанной травмы краниофациальной области с проявлениями ЧМТ в зависимости от тяжести повреждений. При анализе наблюдений выделены три группы потерпевших с различными повреждениями лицевого и мозгового отделов головы.

Ключевые слова: повреждения костей лицевого черепа, черепно-мозговая травма, судебно-медицинская экспертиза

EXPERT EVALUATION OF FACIAL AND TRAUMATIC BRAIN INJURY

A.I. Avdeev, N.Y. Kompanets

Abstract: Combinations of options associated trauma craniofacial region with symptoms of traumatic brain injury were considered. Three groups of victims with various face and brain injuries were distinguished.

Keywords: damage to the facial bones, traumatic brain injury, forensic examination

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2016-2-3-13-16>

◇ ВВЕДЕНИЕ

Судебно-медицинские эксперты регулярно сталкиваются с повреждениями костей лицевого и мозгового черепа, а также головного мозга (ГМ). При данных видах травмы установление прямой причинно-следственной связи травмы лица и ГМ зачастую является непростой задачей для практического эксперта [1]. Данные о характере и морфологии сочетанных повреждений лицевого черепа и различной тяжести черепно-мозговой травмы (ЧМТ) широко представлены в клинической и судебно-медицинской литературе [2, 3, 4, 5, 6].

Частота встречаемости переломов лицевого скелета в судебно-медицинской и клинической практике связана с уязвимостью данной области при разных видах травмы [7].

Цель настоящего исследования – выявить клинические критерии для объективной оценки сочетанных повреждений краниофациальной области и черепно-мозговой травмы на госпитальном этапе.

Задачи исследования – анализ клинических наблюдений изолированной и сочетанной травмы лица и головного мозга; выявление наиболее информативных методов объективного исследования; определение критериев судебно-медицинской оценки сочетанной краниофациальной травмы.

◇ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведены 30 наблюдений (личных и архивных) за пациентами, поступившими в период с сентября 2015 года по январь 2016 года в стационары Хабаровска (КГБУЗ *Городская больница № 2 им. Д.Н. Матвеева, отделение челюстно-лицевой хирургии*; КГБУЗ *Краевая Клиническая больница № 2, отделение нейрохирургии*) с различными видами травмы лица и ГМ. По степени выраженности повреждений лицевого черепа и тяжести ЧМТ, тупой травмы (ТТ) различных областей выделено три группы наблюдений (табл. 1).

Обсуждение результатов. Проведен анализ вида, характера и локализации повреждений, который позволяет выявить определенные закономерности. Во всех группах отмечается преобладание изолированной и сочетанной травмы лица и ГМ у лиц мужского пола, средний возраст пострадавших 31,5 года, а также, что обстоятельствами

травм чаще всего являются хулиганские и бытовые варианты, что подтверждается данными литературы [2, 3, 7].

■ В первой группе, сочетанной легкой ЧМТ и различных по тяжести повреждений лицевого скелета, клиническая форма ЧМТ была представлена сотрясением головного мозга (СГ) у всех пострадавших, а травмы распределились следующим образом (табл. 2).

■ В первой группе только в одном случае был выявлен перелом одной кости и преобладают множественные травмы костей лицевого скелета. Несмотря на разнородность травм, клинически у пациентов была выявлена легкая форма ЧМТ в виде сотрясения головного мозга (СГ). Исходя из данных историй болезни и личных осмотров, пациенты не предъявляли жалоб, указывающих на ЧМТ. Сведения о ЧМТ были получены и отмечены врачами, производящими осмотр пострадавших в приемном покое, что приводит к затруднению в диагностике ЧМТ у пациентов с травмой лица, так как напрямую зависит от качества сбора анамнеза травмы и желания пострадавшего идти на контакт, подробно и правдиво отвечать на вопросы. Недостаточно данных, указывающих на наличие алкогольного опьянения у потерпевших, которое затрудняет контакт с пациентом и приводит к искажению неврологической симптоматики. Лишь один пациент из 10 остался под контролем нейрохирурга, так как случайной находкой при выполнении СКТ стало обнаружение артериовенозной мальформации в теменной области объемом 30 мл. Остальные пациенты были переведены в отделение челюстно-лицевой хирургии и повторно нейрохирургом не осматривались, СКТ в динамике не выполнялась. Травматические повреждения у пациентов с СГ не обнаруживаются на СКТ, то же самое можно сказать в отношении ушибов легкой степени тяжести, для обнаружения которых недостаточна бывает разрешающая способность СКТ. В литературе указывается, что возможны варианты ушибов ГМ средней степени тяжести, при которых также травматический субстрат убедительно не визуализируется. Но, учитывая клиническую картину травмы, для данной группы наблюдений можно считать СКТ в совокупности с клиническими методами обследования наиболее объективными методами обследования пациентов с различной тяжестью краниофациальной травмы.

Таблица 1.

Группа наблюдений Показатели	Легкая ЧМТ с различными по тяжести повреждениями лицевого скелета	Тяжелая, средней степени ЧМТ с повреждениями лицевого скелета средней и легкой степени тяжести	Различные повреждения лицевого скелета без ЧМТ
Кол-во наблюдений	10	10	10
Пол	10 М	7 М	8 М
	–	3 Ж	2 Ж
Возраст	19–61 год	19–54 года	12–64
Средний возраст	31 год	35,7 года	28 лет
Обстоятельства травмы	8 – хулиганская 1 – автотравма (водитель) 1 – спортивная	3 – хулиганская 3 – автотравма (водитель, пассажир) 2 – производственная 1 – падение с высоты 1 – неизвестны	5 – хулиганская 4 – бытовая 1 – спортивная
Алкогольное опьянение	7 – данных нет 1 – алкогольное опьянение 2 – отсутствует	4 – данных нет 3 – алкогольное опьянение 3 – отсутствует	3 – данных нет 3 – алкогольное опьянение 4 – отсутствует
Осмотр нейрохирурга	10	10	10
Наличие внешних повреждений	10	10	6
Данные СКТ	СКТ выполнена всем 10 пациентам	СКТ выполнена всем 10 пациентам	СКТ проведена 2 пациентам
• признаки ушиба ГМ	0	4 – очаги контузии	0
• оболочки ГМ	0	1 – СДГ 1 – СДГ + ЭДГ 1 – САК 1 – САК+ВМГ	0
• травма костей мозгового черепа	3	9	0
• травма костей лицевого черепа	10	10	2
Сопутствующие повреждения	2 – ТТ грудной клетки 2 – ушибы, ссадины, кровоподтеки м/тканей туловища, конечностей 2 – контузия глазных яблок	7 – ушибы, ссадины, кровоподтеки м/тканей туловища, конечностей 3 – рвано-ушибленные раны лица, головы, конечностей 3 – травматический шок 2 – переломы костей верхних конечностей 2 – переломы костей нижних конечностей 2 – ТТ грудной клетки 2 – ТТ живота 1 – контузия глазных яблок 1 – перелом таза	5 – ушибы, ссадины, кровоподтеки м/тканей туловища, конечностей

Таблица 2.

№ п/п	Локализация повреждений	
	переломы костей мозгового черепа	переломы костей лицевого черепа
1	–	скуловой кости (СК), стенок верхнечелюстной пазухи (ВЧП) и нижней стенки глазницы
2	–	ВЧ 2-х сторонний с 2-х сторонними переломами стенок ВЧП
3	–	СК
4	–	костей носа (ПКН) и стенок ВЧП с одной стороны
5	Верхнечелюстного отростка лобной кости, малых крыльев клиновидной кости, сошника, стенок решетчатого лабиринта	Ле Фор 2, стенок ВЧП, ПКН, альвеолярных отростков с двух сторон, резцов НЧ
6	–	угла НЧ и ПКН
7	–	ветви и суставного отростка НЧ
8	Наружной стенки орбиты (большое крыло клиновидной кости)	Ле Фор 2, стенок ВЧП
9	–	СК и ПКН
10	Наружной стенки орбиты (большое крыло клиновидной кости)	стенки ВЧП и СК

Таблица 3.

№ п/п	Локализация повреждений	
	переломы костей мозгового черепа	переломы костей лицевого черепа
1	лобно-височно-теменной области, наружная стенка орбиты (большое крыло клиновидной кости)	СК, стенок ВЧП, НЧ
2	–	НЧ, альвеолярного отростка, между 32 и 33 зубами слева, 11 и 12 зубов справа
3	основания черепа в средней черепной ямке (СЧЯ), височной кости(ВК)	СК
4	ВК	Ле Фор 2, подглазничный ВЧ с 2-х сторон, стенок ВЧП
5	наружной стенки орбиты (большое крыло клиновидной кости), стенок решетчатого лабиринта	стенки ВЧП, СК
6	основания черепа в передней черепной ямке (ПЧЯ), лобной кости в 2 – местах, пазухи лобной кости	ПКН, стенок ВЧП, нижнего края орбиты (ВЧ, СК), альвеолярного отростка НЧ, обеих СК
7	наружной стенки орбиты (большое крыло клиновидной кости)	ВЧ, нижнего края орбиты (ВЧ, СК), угла НЧ
8	лобной, теменной, височной костей, всех стенок орбит с 2-х сторон (большие крылья клиновидных костей, лобные кости, решетчатые кости)	ПКН, обеих СК, стенок ВЧП с 2-х сторон, всех стенок орбит с 2-х сторон (СК, слезные кости, ВЧ)
9	основания черепа в ПЧЯ, сошника, решетчатого лабиринта	ВЧ, ПКН, СК
10	лобной кости, стенки лобной пазухи наружной и внутренней стенки орбиты (большое крыло клиновидной кости, решетчатая кость), стенки решетчатого лабиринта	медиальной стенок орбиты (слезная кость), ПКН

Таблица 4.

№ п/п	Локализация повреждений	
	переломы костей мозгового черепа	переломы костей лицевого черепа
1	–	ВЧ 2-сторонний, вывих 11, 21, 22 зубов
2	–	НЧ в области угла
3	–	ВЧ 2-сторонний
4	–	ВЧ, СК
5	–	НЧ, СК
6	–	НЧ в области угла
7	–	тройной НЧ (угла, тела, ветви)
8	–	тела НЧ
9	–	СК, стенка ВЧП
10	–	тройной НЧ (угла, тела, ветви), стенки ВЧП

Во второй группе (сочетание ЧМТ тяжелой и средней степени тяжести и нетяжелых повреждений лицевого скелета) у двух пациентов, помимо краниофациальной травмы наблюдались тяжелые жизнеугрожающие повреждения с локализацией в других частях тела, которые усугубляли общее течение сочетанной травмы и тяжесть общего состояния. У 9 пациентов наблюдались множественные переломы костей лица и черепа. Клинические варианты ЧМТ в этой группе были представлены ушибами средней и тяжелой степени тяжести, нарушением целостности мозговых оболочек. Двое пациентов были оперированы по поводу удаления СДГ и ВМГ. Один пациент перенес оперативные вмешательства на глазных яблоках, травма которых была следствием травмы костей лицевого скелета. Все пациенты из данной группы находились в отделении нейрохирургии, в динамике проводилась СКТ черепа и ГМ. Несмотря на тяжесть травм лицевого скелета, при отсутствии повреждений других жизненно важных областей, два пациента при поступлении находились в сознании, одна пациентка была в состоянии оглушения, у четырех сознание было угнетено до сопора, что по шкале комы Глазго расценивается как ЧМТ легкой и средней степени тяжести. Данные о наличии алкогольного опьянения в медицинских документах представлены в неполном объеме.

Во второй группе повреждения костей распределились следующим образом (табл. 3):

В третьей группе пострадавших с различными по тяжести повреждениями лицевого скелета без ЧМТ травмы были представлены в основном изолированными повреждениями отдельных костей (табл. 4).

Так как СКТ в данной группе была выполнена только в двух случаях, сведения о переломах костей взяты на основе рентгенологических снимков костей лица и черепа, описание которых присутствовало в историях всех пациентов. Несмотря на характер переломов (множественные переломы костей лица у 7 пациентов) и схожесть с переломами пациентов из первой группы, диагноз ЧМТ при осмотре нейрохирурга ни одному пациенту установлен не был. Жалобы, указывающие на ЧМТ в историях болезни этих пациентов, с их слов, не отмечены. Так же недостаточно данных о наличии/отсутствии алкогольного опьянения у пострадавших. У четырех пациентов (№ 3, 6, 7, 8) наружные повреждения лица и головы не выявлены.

Для корреспонденции:

АВДЕЕВ Александр Иванович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии и судебной медицины ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздрава РФ. ☎ 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35. +7(4212) 32–63–93 • aiaavdeev@mail.ru

КОМПАНЕЦ Нина Юрьевна – аспирант кафедры патологической анатомии и судебной медицины ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздрава РФ. ☎ 680000 г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35. тел. (4212) 326393 • k-n-y@mail.ru

Конфликт интересов отсутствует.

◇ ВЫВОДЫ

1. Анализ данных о потерпевших с краниофациальной травмой позволяет выделить три группы сочетанных повреждений:

- тяжелые повреждения лицевой области сочетаются с легкой ЧМТ;
- повреждения лицевого скелета сочетаются с тяжелой ЧМТ;
- различной тяжести повреждения лицевой области без признаков ЧМТ.

2. Сочетанные повреждения лицевой области с признаками ЧМТ возникают при различных обстоятельствах, чаще всего у мужчин, средний возраст которых 31,5 года, в результате хулиганской травмы.

3. Наличие дополнительных методов исследования (СКТ, МРТ и др.) позволяет эксперту объективно оценивать медицинские документы при формировании выводов о причинно-следственной связи между повреждениями в лицевой области и развитием ЧМТ различной степени тяжести.

◇ ЛИТЕРАТУРА

1. Попов В.Л. Черепно-мозговая травма: Судебно-медицинские аспекты. – Л.: Медицина. – 1988. – 240 с.
2. Клевно В.А., Григорьева Е.Н. Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью при переломах костей скулоорбитального комплекса. – М. – 2012. – 114 с.
3. Гришенкова Л.Н. и др. Переломы костей средней зоны лица: судебно-медицинская экспертиза: пособие. – Минск. – 2015. – 177 с.
4. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – 488 с.
5. Суянова Д.Д. Клинико-диагностические и терапевтические особенности сочетанной черепно-лицевой травмы: дис. ... канд. мед. наук. – М. – 2014. – 147 с.
6. Христофорандо Д.Ю. Особенности патогенеза и лечения сочетанной черепно-лицевой травмы: автореф. дис. докт. мед. наук. – М. – 2012. – 38 с.
7. Руководство по судебной медицине / под ред. В.Н. Крюкова, И.В. Буромского. – М.: Норма: ИНФРА-М. – 2014. – 656 с.