

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В. Э. ПОКАТИЛО

SOME ASPECTS OF FORENSIC EXPERTISE OF MAXILLOFACIAL LESIONS

V. E. POKATILO

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Проанализированы данные судебно-медицинских экспертиз и исследований при челюстно-лицевой травме. Показана необходимость определения клинико-экспертных критериев установления степени тяжести повреждений лица.**

*Ключевые слова: челюстно-лицевая травма, судебно-медицинская экспертиза.*

**The data of forensic expertise and investigation of maxillofacial injury were analyzed. The necessity of determining clinical expert criteria of determining the degree of severity of face injury is shown.**

*Key words: maxillofacial trauma, forensic expertise.*

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что наряду с увеличением числа пострадавших с травмой лица в последние годы отмечается и более тяжелый характер таких повреждений [1–3]. Длительность их лечения обуславливают как тяжесть самих травм челюстно-лицевой области, так и осложнения, возникающие в посттравматическом периоде.

Распространенность травм лица, неуклонный рост травматизма в последние несколько лет обусловили необходимость постоянного изучения этих повреждений специалистами различных областей медицины: медицинской реабилитацией таких пациентов занимаются челюстно-лицевые и пластические хирурги, офтальмологи, отоларингологи, нейрохирурги, невропатологи. В судебно-медицинской практике исследование повреждений мягких тканей лица и костей лицевого черепа проводится в рамках экспертизы живых лиц.

При этом принято использовать «Таблицы процентов утраты общей трудоспособности в результате различных травм, предусмотренных правилами личного страхования и полученных в период действия договора страхования» [4], согласно которым условными границами области лица являются верхняя — край волосистого покрова головы, боковая — передний край основания ушной раковины, задний край ветви нижней челюсти, нижняя — угол и нижний край нижней челюсти. В случаях облысения верхней границей лица, по нашему мнению, можно считать бугры лобной кости.

Изолированные травмы мягких тканей лица, по данным ряда публикаций, составляют 18–22% всех повреждений челюстно-лицевой области [5]. В мирное время эти повреждения чаще всего яв-

ляются следствием механической неогнестрельной травмы и на первом месте по частоте среди причин таких повреждений стоит бытовая травма [6]. Среди повреждений лица острыми предметами доминируют резаные раны, нанесенные осколками стекла, ножом и другими режущими предметами.

Переломы скуловой кости составляют 72,9% всех переломов челюстно-лицевой области [7]. Арочное строение скуловой кости с выраженной выпуклостью кнаружи придают ей повышенную прочность, поэтому переломы самой скуловой кости встречаются нечасто. При ударе нагрузка распределяется по отросткам скуловой кости, на месте соединения с другими костями, и возникают преимущественно односторонние повреждения, захватывающие скуловую дугу, скуловую кость, глазничные стенки и прилежащие отделы верхнечелюстной кости.

Неподвижная верхняя челюсть соединяется с рядом костей лицевого скелета, вследствие чего перелом ее нередко сочетается с переломами других лицевых костей, в частности скуловой. При этом последняя часто несколько вдавливается в верхнюю челюсть, а иногда смещается вниз, что вызывает уплощение соответствующего участка лица и порой — нарушение чувствительности вследствие сдавления нервов в костных каналах. Сложность морфологического строения мягких тканей лица и костей лицевого черепа, особенности механизма действия повреждающих предметов обуславливают большое разнообразие повреждений.

Целью настоящей работы явилось повышение качества судебно-медицинской экспертизы при челюстно-лицевой травме на основе анализа

данных проведенных судебно-медицинских экспертиз и исследований.

Нами был проведен анализ более 25 000 судебно-медицинских исследований и экспертиз, выполненных в подразделении потерпевших, обвиняемых и других лиц отделения № 2 Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 5 лет. Из них повреждения лица в сочетании с повреждениями других областей тела составляли 67,58%, изолированные повреждения лица — 22,42%. Возраст потерпевших был от одного года до 78 лет. По возрастным категориям челюстно-лицевая травма у взрослых до 20 лет составила 14,2%, более 60 лет — 10,8% и в возрасте от 20 до 50 лет — 75%.

Среди повреждений мягких тканей лица преобладали кровоподтеки. Изолированные ссадины встречались в 10% случаев. Нередкой комбинацией были ссадины с кровоподтеками и ушибленными ранами кожи и слизистых оболочек, из которых одна была сквозной и проникала в полость рта. В одном из случаев имелось нагноение гематомы в зоне ушибленной раны, потребовавшее ее оперативного удаления. Немногочисленными были ушибленно-рваные раны, и в одном случае имела место комбинация нескольких ушибленных и резаных ран.

Мы проанализировали 28 резаных повреждений мягких тканей лица, из которых в 15 случаях повреждения причинены ножом и в 13 — осколками разбитых бутылок.

Среди резаных ран мягких тканей лица большинство были поверхностными с шириной зияния до 0,3 см, зажившие первичным натяжением в срок до 6 дней, которые по критерию длительности расстройства здоровья считаются легкими телесными повреждениями. 8 резаных ран были глубокими, 6 из них — с шириной зияния более 0,5 см, производилось их ушивание, сроки заживления составляли от 7 до 12 дней, эти повреждения были оценены как легкие, повлекшие кратковременное расстройство здоровья.

Так, в одном из случаев г-ну М. в ходе ссоры были причинены несколько резаных ран осколком стекла. Резаная рана левой брови сопровождалась пересечением первой ветви левого тройничного нерва. Заживление повреждения прошло первичным натяжением с формированием рубца. Однако и через 2 мес после травмы имели место приступообразные боли в области лба, левого глазного яблока и левой височной области. Частота болевых приступов составляла 7–10 и более в сутки. Таким образом, последствием причинения резаной раны мягких тканей лица, сопровождавшейся пересечением первой ветви левого тройничного нерва, явилась стойкая посттравматическая нейропатия с частыми болевыми пароксизмами, вызвавшая длительное расстройство здоровья, и это повреждение было расценено как повреждение средней степени тяжести и длительности расстройства здоровья.

В другом случае г-н В. получил удар пивной бутылкой в область левой щеки. При этом бутылка разбилась, и одним из осколков была причинена резаная рана щеки. Длина раны 12 см, ширина — 0,5 см, глубина достигала 5 см вследствие резкого отека мягких тканей. Пострадавший обратился за медицинской помощью в специализированный стационар, где в ходе первичной хирургической обработки раны было выявлено повреждение левой околоушной слюнной железы на всем протяжении с пересечением лицевого нерва. Рана зажила первичным натяжением, однако сохранялась слабость мимических мышц лица слева, онемение левой щеки, слезотечение из левого глаза. Через 2 года после травмы имели место неизгладимые повреждения — посттравматический полный периферический парез лицевого нерва слева, паралич мимических мышц левой половины лица, сопровождающиеся функциональными нарушениями речи и питания. Хирургическая коррекция оказалось невозможной. Суд определил, что причиненное повреждение привело к обезображиванию лица, и оно было оценено экспертом как тяжкое телесное повреждение.

Среди повреждений костей лица имелись: двойные переломы нижней челюсти (ангулярные в сочетании с переломами суставных отростков), переломы тела нижней челюсти с незначительным смещением, вколоченные переломы скуловой кости со смещением и др. Переломы были как изолированными, так и комбинированными.

В проанализированных нами случаях исходом всех переломов было выздоровление пострадавших и возвращение их к прежней работе. Общая продолжительность лечения при изолированных переломах верхней челюсти составила 32 дня, скуловой кости — 29 дней, и сочетанных переломов этих костей — 34 дня. Таким образом, переломы костей лицевого черепа (кроме мелких костей носа) следует квалифицировать как повреждения средней степени тяжести.

Среди других повреждений в ходе анализа архивных данных были обнаружены: ожоги 1–2-й степени, один из которых произошел в результате выстрела из газового пистолета с близкого расстояния с внедрением в кожу частиц несгоревшего пороха и развитием на месте ожога дерматита. Имелось одно дробовое слепое непроникающее ранение мягких тканей лобной области справа с наличием в раневом канале дробины, извлеченной оперативным путем.

Таким образом, результаты проведенного анализа данных судебно-медицинских экспертиз и исследований в случаях челюстно-лицевой травмы дают основание считать, что она имеет значительный удельный вес среди других повреждений у потерпевших и весьма разнообразный характер. Эта травма преобладает у взрослых лиц мужского пола в возрасте от 20 до 50 лет. Основная часть повреждений причинена тупыми твердыми пред-

ментами, редко — другими орудиями, а случаи огнестрельной травмы были единичными.

В части экспертиз установление степени тяжести телесных повреждений при челюстно-лицевой травме не вызывало затруднений. Однако по ряду причин у судебно-медицинских экспертов, челюстно-лицевых хирургов и невропатологов возникали сложности в обосновании выводов и прогноза повреждений лица. Среди причин, обуславливающих трудности экспертной оценки челюстно-лицевой травмы, можно отметить:

колебания в довольно широких пределах критерия длительности расстройств здоровья, лежащего в основе квалификации тяжести телесных повреждений, что не всегда соответствует срокам травмы;

морфологические особенности манифестных проявлений повреждения мягких тканей лица и плохodiагностируемые повреждения костных тканей;

последствия ранее перенесенной травмы лица либо сочетанная травма головы;

недостатки оформления и ведения медицинских документов, затрудняющие производство судебно-медицинской экспертизы и лишаящие эксперта возможности сформулировать правильное, объективное заключение.

Судебно-медицинская практика показывает, что в клиническом диагнозе встречаются ошибочные указания на орудие и механизм образования повреждений. Ушибленные раны диагностируются лечащими врачами как рубленые и резаные, колотые раны принимаются за огнестрельные пулевые. Часто встречается описание одной и той же раны как ушибленной, резаной, колото-резаной, рваной. При этом, как правило, отсутствует описание формы раны, ее размеров, состояния краев, концов, дна раны, а сразу ставится диагноз повреждения. Встречаются случаи, когда описание морфологических особенностей повреждения не соответствует его диагнозу. Например, рана описана как резаная, а в диагнозе указывается «ушибленная рана». Такие неточности в описании повреждений не дают возможности судебно-медицинскому эксперту определить особенности травмирующего предмета и, как следствие, затрудняют поиск орудия преступления.

Исключительное значение для эксперта имеют данные объективного исследования повреждения в клинике. В зависимости от характера повреждений, многие пострадавшие подвергаются оперативному лечению, при котором внешний вид и характер повреждений могут существенно измениться. Такое же влияние оказывают процессы заживления повреждений. Краткое и поверхностное описание объективного исследования могут в значительной степени затруднить решение вопросов, которые следствие ставит перед экспертом, поскольку судебно-медицинский эксперт освидетельствует потерпевшего, как правило, спустя несколько дней, недель и даже месяцев, видя при

этом лишь результаты заживления повреждений. Особенно это касается ран, при первичной обработке которых производится иссечение их краев и наложение хирургических швов.

Подробное изучение и анализ медицинских документов позволили нам выявить приводимые ниже наиболее часто встречающиеся ошибки и недостатки в оформлении и ведении медицинских документов:

не все повреждения, имеющиеся у потерпевшего, описываются или упоминаются;

повреждение описывается слишком кратко и неполно;

часто описание ран заменяется диагностическим термином, например «колото-резаная рана», и больше никаких сведений о ране не указано; между тем диагноз сам по себе, без указания соответствующих объективных признаков, не может служить достоверным доказательством;

в некоторых медицинских документах диагноз ставится только на основании жалоб больного и анамнеза, а описание объективного статуса при этом отсутствует;

многие записи врачей ведутся небрежным неразборчивым почерком, сильно затрудняющим их чтение, кроме того, часто употребляются медицинские термины на латинском языке.

Проведение мероприятий по повышению качества заполнения и ведения медицинской документации должно быть одним из путей повышения качества судебно-медицинской экспертизы повреждений. Необходимо довести до сведения врачей больниц и травматологических пунктов, которые первыми обследуют потерпевших и оказывают им медицинскую помощь, что каждый случай причинения повреждений потенциально является объектом последующего проведения судебно-медицинской экспертизы, и только их добросовестное отношение к своим обязанностям и объективное описание клинических признаков повреждений позволит дать объективное экспертное заключение.

Для повышения качества судебно-медицинских экспертиз повреждений необходима разработка методических рекомендаций для врачей травматологических пунктов, приемных отделений больниц и сотрудников скорой и неотложной медицинской помощи, которыми должно быть регламентировано тщательное обследование больных с различными травмами. Необходимо также создание единой для всех медицинских учреждений карты освидетельствования лиц, обращающихся за помощью в случаях причинения им повреждений.

Несмотря на проведенные ранее исследования в области диагностики челюстно-лицевой травмы, на сегодняшний день не выработаны четкие клинико-экспертные критерии установления степени тяжести повреждений лица, что может быть причиной ошибок при проведении судебно-медицинской экспертизы. Не существует и единых требований к объему дополнительных

исследований. Следствием такого положения является недооценка развития ряда осложнений и косметических дефектов. В действующих «Правилах...» [8] и специальной литературе отсутствуют рекомендации по всесторонней оценке тяжести травмы лица, что иногда приводит к произвольному и неверному толкованию телесных по-

вреждений при определении степени их тяжести.

Таким образом, отсутствие современных отечественных методических рекомендаций к трактовке и экспертной оценке челюстно-лицевой травмы диктует настоятельную необходимость разработки диагностических критериев определения степени тяжести этих повреждений.

#### Литература

1. Бельченко В. А., Кузнецов И. А. Лечение больных с оскольчатыми переломами костей скулоглазничного комплекса // *Стоматология*.— 1997.— № 2.— С. 36–37.
2. Ипполитов В. П., Иващенко Н. И., Федорова С. В. Состояние нижней стенки орбиты у больных с посттравматическими повреждениями // *Сб. научных работ, посвящ. 100-летию со дня рождения Ф.М.Хитрова*.— М., 2001.— С. 110–113.
3. Michelet F. X., Souyris F., Peri G. Les Fractures complexe de la face: Epidemiologie; Anatomie chirurgicale; Mecanismes; lesions et Conserquences; Classification; Diegnostic; Imagrie et Traitement Primair; Resultats et Sequelles. XXXII Congres // *Rev. Stomat. Chir. Maxillofac.*— 1991.— Vol. 92 (5).— P. 283–360.
4. Инструкция о порядке организации и проведения врачебно-страховой экспертизы.— М.: Финан. и стат., 1986.— 67 с.
5. Лурье Т. М., Александров Н. М. Общая характеристика и классификация травм челюстно-лицевой области // *Травмы челюстно-лицевой области / Под ред. Н.М.Александрова, П.З.Аржанцева*.— М., 1986.— С. 5–17.
6. Трест Г. Я. Профилактика челюстно-лицевого травматизма и организация медицинской помощи пострадавшим: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1969.— 22 с.
7. Wanyura H. Classification clinique ey anatomopathologique des fractures de l'orbite // *Rev. Stomat. Chir. MAXILLOFAC.*— 1998.— Vol. 99 (2).— P. 80–87.
8. Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, затверджені наказом МОЗ України від 17.01.1995 р. № 6.

Поступила 05.12.2008