

Оптимизация проведения повторных судебно-медицинских экспертиз при несмертельной черепно-мозговой травме

Белорусский государственный медицинский университет

Основополагающее значение для объективности правовой оценки преступления, совершенного против жизни и здоровья личности, принадлежит судебно-медицинской экспертизе [3], одним из наиболее сложных видов которой является экспертиза в случаях несмертельной черепно-мозговой травмы [4]. Для подтверждения факта причинения повреждений действующие нормативные документы [5] предписывают при определении характера и продолжительности расстройства здоровья, прежде всего, установить объективные медицинские данные. Решение этой задачи может быть оптимизировано путем внедрения единых стандартов диагностики для всех пострадавших с травмой головы [1,8], что, в свою очередь, позволит избежать субъективизма чаще всего в виде клинической гипердиагностики при оценке краниocereбральных повреждений [2,6,7].

Цель данного исследования: установить факторы, влияющие на качество проведения и эффективность результатов повторных экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в случаях несмертельной черепно-мозговой травмы.

Отобраны в произвольном порядке и изучены 50 «Заключений эксперта», выполненных комиссионно по материалам уголовных и гражданских дел в отношении пострадавших (29 мужчин и 21 женщина в возрасте от 1 года до 72 лет) с клиническим диагнозом черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Основной причиной проведения повторных экспертиз явилось превышение продолжительности амбулаторного или стационарного лечения пострадавших над длительностью расстройства здоровья, послужившей критерием степени тяжести телесных повреждений при первичной экспертизе (24 наблюдения или 48%). Реже они назначались в связи с несогласием одной из сторон с заключением эксперта (8 случаев или 16%); в 18 наблюдениях (36%) причина назначения повторной экспертизы в постановлении не была указана. Обстоятельства травмы: бытовая – 29 потерпевших (58%), автомобильная – 21 (42%).

Сроки обращения к врачу после травмы были различными: в течение первых суток – 32 пострадавших (64%), в течение 2-7 дней – 11 (22%), спустя одну неделю – 5 (10%), не указано – 2 (4%). Лишь незначительная часть пациентов с ЧМТ проходит лечение исключительно амбулаторно (5 человек или 10%). Подавляющее же большинство потерпевших (45 наблюдений или 90%) были госпитализированы, причем как в специализированные отделения-неврологическое или нейрохирургическое (22 случая или 44%), так и в непрофильные: хирургическое, ортопедическое, урологическое, ЛОР и другие (23 случая или 46%). Осмотрены невропатологом или нейрохирургом: в день обращения за медицинской помощью 34 пострадавших (68%), в более поздние сроки-13 пациентов (26%), ни разу – 3 человека (6%). Отражена динамика неврологического статуса только в 27 наблюдениях (54%). Комплексному инструментальному обследованию (2 и более метода) подверглись лишь 13 пациентов (26%), однократному-14 (28%), не проводилось подобное исследование в 23 случаях (46%). Отсутствовала

характеристика наружных телесных повреждений у 10 обратившихся за медицинской помощью (20%), у 31 (62%) – отмечен лишь их вид (кровоподтек, ссадина, рана и т.п.), у 9 (18%) – кроме этого указаны и размеры повреждений. Клинический диагноз ЧМТ легкой степени установлен в 32 наблюдениях (64%), в 10 (20%)-средней и в 8 (16%) – тяжелой степени.

Изучение амбулаторных карт показывает, что неврологический статус подэкспертного до получения краниocereбрального повреждения, явившегося причиной проведения судебно-медицинской экспертизы, был известен в 20 случаях (40%). В 19 наблюдениях (38%) имевшаяся в распоряжении экспертной комиссии медицинская документация не содержала сведений о преморбидном состоянии центральной нервной системы. Кроме этого, в ряде случаев (11 экспертиз или 22%) затребованные медицинские карты амбулаторного больного не были предоставлены правоохранительными органами.

В ходе проведения первичной судебно-медицинской экспертизы в течение первых 7 суток после травмы экспертом осмотрены 10 пострадавших (20%), в более поздние сроки – 18 (36%). В 18 случаях (36%) экспертиза выполнена только на основании изучения медицинских документов. Не учтены результаты первичных судебно-медицинских исследований в 4-х повторных экспертизах (8%).

В 42 судебно-медицинских экспертных комиссиях (84%) принимали участие врачи-специалисты (невропатолог или нейрохирург), в том числе с осмотром подэкспертного – 17 наблюдений (34%) и проведением дополнительных инструментальных исследований – 5 (10%). Место приложения травмирующей силы детально определено только у 13 пострадавших (26%), у 15 (30%) просто отмечено, что удар был нанесен в голову; в ряде экспертиз (22 случая или 44%) локализация травматического воздействия вообще не указана.

У 27 пострадавших (54%) комиссией экспертов не была подтверждена ЧМТ в связи с отсутствием в медицинских документах объективных данных краниocereбрального повреждения (достоверной клинической симптоматики и соответствующих результатов инструментальных методов исследования). Вследствие неполноты имеющихся медицинских документов или отсутствия в них необходимых сведений в 36 случаях (72%) у комиссии возникли проблемы с установлением механизма образования и давности причинения ЧМТ. Результаты первичных экспертных исследований подтверждены полностью при 30 повторных экспертизах (60%), дополнены – при 10 (20%), изменена степень тяжести телесных повреждений – при 10 (20%).

Выводы:

1. Оптимизация проведения повторных судебно-медицинских экспертиз в случаях несмертельной черепно-мозговой травмы напрямую зависит как от полноты клинического обследования больных, так и от качества первичных экспертиз.

2. Наиболее частыми дефектами при клиническом обследовании больных являются поздние осмотры специалистами, зачастую без детального отражения неврологической симптоматики и ее динамики, отсутствие комплексного (инструментального и лабораторного) исследования, крайне скудная характеристика наружных телесных повреждений.

3. При проведении первичных экспертиз к типичным недостаткам следует отнести: 1) поздний осмотр пострадавшего экспертом для фиксации наружных телесных повреждений; 2) поверхностный опрос потерпевшего относительно

обстоятельств возникновения травмы, появления и развития неврологических симптомов; 3) отсутствие назначения параклинических методов обследования подэкспертных для верификации клинического диагноза.

Литература

1. Алексеенко Ю.В. Структура клинических проявлений и минимальные диагностические критерии легких черепно-мозговых повреждений // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2002. Т.1 №1. С.90-95.

2. Исаев А.И., Иоффе Ю.С., Проскурина Т.С., Соколова Н.А. Трудности в судебно-медицинской оценке некоторых форм черепно-мозговой травмы // Судебно-медицинская экспертиза № 4, 2002. С.6-10.

3. Пашинян Г.А., Тучин Е.С., Колбина Е.Ю. Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью при легкой черепно-мозговой травме в отдаленном периоде // Судебно-медицинская экспертиза. 2000. № 5. С.13-18.

4. Попов В.Л. Черепно-мозговая травма: судебно-медицинские аспекты. Л.: Медицина, 1988. С.163.

5. Правила судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь / Приложение № 2 к приказу Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы от «01» июля 1999 г. № 38-с.

6. Смычек В.Б. Основные причины выхода на инвалидность вследствие черепно-мозговой травмы // Реабилитация больных и инвалидов неврологического профиля. – Мн. 1998. С.66-67.

7. Этапы реабилитации и медико-социальная экспертиза больных с ЧМТ: Методические рекомендации /Л.С.Гиткина, Ф.В.Олешкевич, А.М.Климович и др. – Минск, 1993. – 18с.

8. Rosenberg J., Zitnay G., Zhannuck G. Evidence-based guidelines for mild traumatic brain injury: work in progress// European Journal of Neurology,-1998. – Vol.5 (suppl. 3). – P.236.