

Судебно-медицинская информативность историй болезни пострадавших с повреждениями лица и лицевого скелета

А.И. ЯРЕМЕНКО*, д.м.н., проф., зав. кафедрой

М.О. ЯГМУРОВ***, пластический хирург, зав. отделением

В.Л. ПОПОВ**, д.м.н., проф.

Е.Л. ТРОШИН, врач-интерн кафедры судебной медицины и правоведения

О.Д. ЯГМУРОВ**, д.м.н., проф., зав. кафедрой

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

**Кафедра судебной медицины и правоведения

ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

***Отделение пластической хирургии

Многопрофильная клиника Capital Med, Санкт-Петербург

Forensic medical descriptiveness of medical histories with damages of face and facial skeleton

A.I. YAREMENKO, M.O. YAGMUROV, V.L. POPOV, E.L. TROSHIN, O.D. YAGMUROV

Резюме

В статье приведена оценка судебно-медицинской информативности историй болезни стоматологических пациентов с повреждениями лица и лицевого скелета. Выявлены дефекты диагностики, лечения и организации медицинской помощи. Изучена возможность судебно-медицинского определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Ключевые слова: повреждение лица и лицевого скелета, судебно-медицинская экспертиза.

Abstract

This article presents the valuation of forensic medical informativeness of medical histories with defeats of the face and facial skeleton. Defects of diagnosis, treatment and organization of care were revealed. The possibility of a forensic medical determination of the severity of damage caused to human health was explored.

Key words: defeats of the face and facial skeleton, forensic-medical examination.

Повреждения мягких тканей лица и переломы лицевого черепа занимают ведущее место в судебно-медицинской практике. Нередко экспертизы назначаются тогда, когда последствия травмирующего воздействия видоизменились или вовсе исчезли. В таких случаях приходится ограничиваться изучением медицинских документов. Поэтому целью предлагаемого исследования стало выявление судебно-медицинской информативности историй болезни пациентов с указанной выше травмой.

Объектами исследования стали 1475 историй болезни пациентов, поступивших в клинику стоматологии с травмой мягких тканей лица и переломами лицевого скелета, за период 2008–2013 гг. Из них 296 пострадавшим был поставлен диагноз сотрясения или ушиба головного мозга разной степени. Доля этих больных составила 18,0–28,1% в год. Используя метод случайных чисел и полноценность содержания историй болезни, из общего массива материала

были выбраны: в 2008 году — 45 наблюдений, 2009-м — 54, 2010-м — 53, 2011-м — 61, 2012-м — 36, в 2013-м — 47.

Доля мужчин среди пострадавших колебалась от 71,8% до 86,7%, женщин — от 13,3% до 28,2%. Распределение материала по полу и возрасту приведено в табл. 1 и 2. Наибольшую долю составляет группа 20–29 лет (от 37,5% до 55,6%). В целом, подавляющее число пострадавших приходится на социально активный возраст — 20–49 лет (от 59,7% до 79,1% ежегодно за анализируемый период). Несмотря на превалирование этой возрастной группы, ее показатели существенно отличаются в разные годы — фактически почти на 20%.

В табл. 3 показаны сроки оказания первой медицинской помощи. В течение первого часа после травмы первая медицинская помощь была оказана только 29 пострадавшим (9,8%), второго-третьего часа — 23 (7,8%), 4–24 часов — 131 (44,3%), спустя одни сутки — 55 (18,9%). Сведений о сроках оказания первой медицинской помощи не было в 58 историях болезни (19,6%), что свидетельствует о не-

Таблица 1. Распределение материала по полу

Годы	Пол			
	мужской		женский	
	Абс.	%	Абс.	%
2008	39	86,7	6	13,3
2009	44	81,5	10	18,5
2010	42	79,2	11	20,8
2011	51	83,6	10	16,4
2012	26	86,7	10	13,3
2013	34	71,8	13	28,2
Итого	236	79,7	60	20,3

Таблица 2. Распределение материала по возрасту, лет

Годы	Возраст						Всего
	10–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60 и >	
2008	–	19	13	5	2	6	45
2009	5	30	6	8	3	2	54
2010	1	24	16	7	4	1	53
2011	5	27	16	7	2	4	61
2012	1	15	9	5	3	3	36
2013	3	18	14	6	3	3	47
Итого	15	133	74	38	17	19	296

Таблица 3. Сроки оказания первой медицинской помощи

Сроки оказания помощи	Годы						Итого
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
1 час	3	5	2	10	6	3	29
2–3 часа	8	1	4	5	2	3	23
4–6 часов	1	5	5	3	–	5	19
7–12 часов	15	10	7	4	4	11	51
13–24 часа	2	11	13	17	13	5	61
2 суток и более	3	7	16	12	6	11	55
Нет сведений	13	15	6	10	5	9	58
Итого	45	54	53	61	36	47	296

Таблица 4. Распределение пострадавших по срокам госпитализации

Сроки госпитализации	Год						Всего
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
1 час	1	3	–	4	2	2	12
2–3 час	4	3	5	9	6	4	31
4–6 часов	5	5	3	4	–	3	20
7–12 часов	3	6	6	3	6	1	25
13–24 часа	13	19	16	16	12	10	86
2–3 суток	12	9	12	15	4	11	63
4–6 суток	4	6	7	4	3	5	29
7 суток и более	2	2	2	5	1	11	23
Нет сведений	1	1	2	1	2	–	7
Итого	45	54	53	61	36	47	296

полноценном сборе сведений об оказании первой медицинской помощи и, следовательно, о ее характере (табл. 3).

Если принять во внимание, что примерно в 3/4 всех случаев имели место переломы лицевого черепа, сроки оказания первой медицинской помощи следует признать явно неудовлетворительными, особенно в условиях такого крупного мегаполиса как Петербург с его достаточно разветвленной сетью медицинских учреждений (и государственных, и частных). При этом авторы отдают себе отчет в том, что наряду с объективными причинами позднего оказания первой медицинской помощи, могут быть и субъективные факторы: нежелание афишировать бытовой конфликт, алкогольное опьянение и т.п. В 55 случаях первая медицинская помощь была оказана на вторые сутки и позднее. Из них трем пациентам такая помощь была оказана спустя более чем через одну неделю.

Интересно сопоставление доли пострадавших, которым была оказана первая медицинская помощь в первые сутки по годам: 2008 г. — 29 (64,4%), 2009 г. — 32 (59,3%), 2010 г. — 32 (59,2%), 2011 г. — 39 (63,9%), 2012 г. — 25 (69,4%), 2013 г. — 27 (57,4%). Колебания показателя находятся в широких границах (от 57,4% до 69,4%), а минимальные и максимальные отличаются более чем на 10%. Однако более важным является тот факт, что динамики улучшения показателя не отмечается. Она представляет собой чередование как «взлетов» (2012 г.), так и «глубоких падений» (2010-й и 2013 гг.). Особенно настораживает то, что наименьший показатель приходится на последний год наблюдения.



В течение одного часа после травмы госпитализированы 12 человек (4,0%), первых трех часов — 43 (14,5%), первых суток — 174 (51,3%), а 115 (38,8%) — в более поздние сроки. В некоторых случаях госпитализация произведена спустя семь суток и более. Сведения о госпитализации отсутствовали в семи историях болезни (2,6%). Приведенные данные указывают на то, что сроки госпитализации были запоздалыми, так как в «золотой час» госпитализации уложились лишь 12 наблюдений. Динамика сроков госпитализации в 2008–2013 гг. показана в табл. 4.

Как следует из табл. 4, в первый час после травмы были госпитализированы единичные пациенты — не более 4-х в год, что составило от 2,2% до 6,6%, причем в 2010 году в течение первого часа не был госпитализирован ни один пострадавший. Госпитализированные в течение первых трех часов составили от 9,4% (в 2010 году) до 22,2% (в 2012 году). К сожалению, динамика носила «скачущий» характер: от 9,4–11,2% в первый период наблюдения, с подъемом в 2011–2012 гг. (до 21,4–22,2%) с последующим спадом в 2013 году (12,8%). По-видимому, этот показатель не находился в числе регулируемых и его динамика носит спонтанный характер. Это косвенно подтверждает и неустойчивая динамика госпитализации в первые сутки после травмы: 2008 г. — 55,6%, 2009 г. — 74,1%, 2010 г. — 58,5%, 2011 г. — 59,0%, 2012 г. — 72,2%, 2013 г. — 42,5%, то есть колебания достигают почти 30%.

Представляет интерес сопоставление времени оказания первой медицинской помощи и госпитализации пострадавших (табл. 5). Оно совпало в 62,6% случаев. Спустя одни сутки после оказания первой медицинской помощи были госпитализированы 10,3% пострадавших (сроки госпитализации в этой группе достигали 19 суток). Следует

подчеркнуть, что в целом ряде наблюдений травма лица и лицевого черепа сочеталась с выставленными в диагнозе сотрясением или ушибом головного мозга разной степени, что является еще более важным аргументом, подтверждающим вывод о поздней госпитализации.

Положение усугубляется во много раз, если принять во внимание то, что пациент с момента оказания медицинской помощи уже находился в поле зрения медицинских работников.

В судебно-медицинском отношении приведенные фактические данные имеют значение при выявлении дефектов оказания медицинской помощи (например, позднее оказание первой медицинской помощи, поздняя госпитализация), дефектов ведения медицинской документации и т.д. и установление их влияния на наступление негативных последствий для здоровья пострадавшего, что в современных условиях чревато подачей исков о возмещении материального или морального вреда, причиненного пациенту.

Общее представление о возможности судебно-медицинского установления степени тяжести вреда, причиненного здоровью пострадавшего, дает представление о разных вариантах исходов: выздоровление — 15,5%, амбулаторное лечение — 76,3%, другие исходы — 9,2%. Иначе говоря, только в 15,5% случаев имеется возможность определить степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, основываясь на сведениях из истории болезни. В остальных случаях для решения этой задачи нужны данные из амбулаторной карты и дополнительное экспертное обследование самого пострадавшего.

Продолжительность госпитализации (табл. 6) составила: сутки — 5 (1,7%), 2–3 суток — 17 (5,7%), 4–6 суток — 45 (15,2%), 7–10 суток — 149 (50,3%), 11–15 су-

Таблица 5. Время между оказанием первой медицинской помощи и госпитализацией

Годы	Время между оказанием ПМП и госпитализацией							Сведений нет	Итого
	совпало	1 час	2–3 ч.	4–6 ч.	7–12 ч.	13–24 ч.	> 6 суток		
2008	24	7	2	–	2	4	4	2	45
2009	35	2	3	–	6	3	3	2	54
2010	38	1	–	–	2	3	7	2	53
2011	41	4	4	–	1	–	9	2	61
2012	24	3	2	–	–	3	3	1	36
2013	34	3	2	–	–	–	6	2	47
Итого	196	20	13	–	11	13	32	11	296

Таблица 6. Продолжительность госпитализации

Сроки госпитализации (сутки)	Годы							Всего
	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
1	1	1	–	–	–	3	5 (1,7%)	
2–3	5	2	2	2	2	4	17 (5,7%)	
4–6	6	6	11	12	6	4	45 (15,2%)	
7–10	19	29	26	28	20	27	149 (50,3%)	
11–15	11	13	9	18	8	7	66 (22,3%)	
16–20	3	3	4	1	–	2	13 (4,4%)	
21 и >	–	–	1	–	–	–	1 (0,3%)	
Итого	45	54	53	61	36	47	296	

ток — 66 (22,3%), 16–20 суток — 13 (4,4%), свыше 21 суток — 1 (0,3%).

Судя по времени стационарного лечения, продолжительность утраты функции, на первый взгляд, укладывается в 20–21 день. Однако продолжительность пребывания в стационаре дает лишь косвенное представление об утрате функции: а) она может быть связана не только с основным заболеванием; б) на нее могут влиять инфекционные и неинфекционные осложнения, которые наблюдались в 5,4% и 1,6% всех случаев; в) она может быть обусловлена и сопутствующей патологией, которая была установлена почти у половины пострадавших (141 — 47,6%) в виде ишемической болезни сердца, сопутствующей травмы, ВИЧ-инфекции, гепатита и др. Таким образом, по содержанию представленных историй болезни судебно-медицинское установление степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, представляется возможным далеко не во всех наблюдениях.

Выводы

1. В историях болезни стоматологических больных с травмой мягких тканей лица и лицевого черепа неполно отражаются сведения о сроках оказания первой медицинской помощи, сроках и продолжительности госпитализации.

2. Проведенный анализ выявил в целом ряде случаев факты позднего оказания медицинской помощи и поздней госпитализации пострадавших с повреждениями лица и переломами костей лицевого скелета.

3. Из-за неполноценного описания в медицинских документах данных динамического клинического обследования невозможно определить продолжительность нарушения функций (обоняние, затруднение дыхания, нарушение функции жевания и др.), что затрудняет или делает невозможным определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека при проведении судебно-медицинской экспертизы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Амро А., Гребнев Г. А., Иорданишволи А. К., Самсонов В. В. Характеристика переломов нижней челюсти у взрослых людей в различные возрастные периоды // Пародонтология. 2012. №3. С. 59–61.
- Амро А., Гребнев Г. А., Иорданишволи А. К., Самсонов В. В. Характеристика переломов нижней челюсти у взрослых людей в различные возрастные периоды // Пародонтология. 2012. №3. С. 59–61.
- Баринов Е. Х., Ромодановский П. О. Судебно-медицинская экспертиза и гражданский процесс // Эндодонтия today. 2012. №3. С. 63–66.
- Barinov E. Kh., Romodanovskij P. O. Sudebno-meditsinskaya ekspertiza i grazhdanskij protsess // Endodontiya today. 2012. №3. С. 63–66.
- Георгиева О. А., Глушнюк Е. П., Аксенова Е. А. Изменение структуры различных файлов при циклических нагрузках в корневых каналах зубов у лиц молодого возраста // Эндодонтия today. 2010. №1. С. 52–56.
- Georgieva O. A., Glushnyuk E. P., Aksenova E. A. Izmenenie struktury razlichnykh fajlov pri tsiklicheskih nagruzkakh v kornevykh kanalakh zubov u lits molodogo vozrasta // Endodontiya today. 2010. №1. С. 52–56.
- Гулько В. И., Маркарян Ж. Р. Сравнительная характеристика информативной ценности клинических и рентгенологических методов обследования у больных с повреждениями скулоорбитального комплекса // Стоматология детского возраста и профилактика. 2006. №3–4. С. 46–48.
- Gun'ko V. I., Markaryan Zh. R. Svravnitel'naya kharakteristika informativnoj tsennosti klinicheskikh i rentgenologicheskikh metodov obsledovaniya u bol'nykh s povrezhdeniyami skuloorbital'nogo kompleksa // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. 2006. №3–4. С. 46–48.
- Джамбаева Н. И., Бояхчян А. С., Долгова И. Н. Современный взгляд на проблему челюстно-лицевой травмы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. №5. С. 742–745.

Dzhambaeva N. I., Boyakhchyan A. S., Dolgova I. N. Sovremennyy vzglyad na problemu chelyustno-litsevoj travmy // Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy. 2016. №5. С. 742–745.

6. Дмитриева Н. И., Руденкова Н. П. Медицинская документация стоматолога как объект судебно-медицинской экспертизы // Современная стоматология. 2011. №1. С. 116–117.

Dmitrieva N. I., Rudenkova N. P. Meditsinskaya dokumentatsiya stomatologa kak ob'ekt sudebno-meditsinskoj ehkspertizy // Sovremennaya stomatologiya. 2011. №1. С. 116–117.

7. Иванова Е. В. Экспертная оценка проблем при оказании эндодонтического лечения // Эндодонтия today. 2010. №4. С. 26–29.

Ivanova E. V. Ekspertnaya otsenka problem pri okazanii endodonticheskogo lecheniya // Endodontiya today. 2010. №4. С. 26–29.

8. Мурзова Т. В., Малахов Н. В., Дятел А. В. Анализ дефектов оказания медицинской помощи по результатам изучения судебно-медицинских экспертиз неблагоприятных исходов стоматологического лечения // Современные проблемы науки и образования. 2012. №3. С. 28–31.

Murzova T. V., Malakhov N. V., Dyatel A. V. Analiz defektov okazaniya meditsinskoj pomoshhi po rezul'tatam izucheniya sudebno-meditsinskikh ehkspertiz neblagopriyatnykh iskhodov stomatologicheskogo lecheniya // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2012. №3. С. 28–31.

9. Павлова О. Ю., Серова Н. С., Медведев Ю. А., Петрук П. С. Лучевая диагностика травм костей средней зоны лица // Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2014. №3. С. 39–45.

Pavlova O. Yu., Serova N. S., Medvedev Yu. A., Petruk P. S. Luchevaya diagnostika travm kostej srednej zony litsa // Rossijskij ehlektronnyj zhurnal luchevoj diagnostiki. 2014. №3. С. 39–45.

10. Попов В. Л., Егорова О. А. Особенности оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека при повреждениях челюстно-лицевой области и шеи, сопровождающихся инфекционными процессами // Судебно-медицинская экспертиза. 2013. №3. С. 53–54.

Popov V. L., Egorova O. A. Osobennosti otsenki stepeni tyazhesti vreda, prichinennogo zdorov'yu cheloveka pri povrezhdeniyakh chelyustno-litsevoj oblasti i shei, soprovozhdayushhikhsya infektsionnymi protsessami // Sudebno-meditsinskaya ehkspertiza. 2013. №3. С. 53–54.

11. Христофорандо Д. Ю., Карпов С. М., Батулин В. А., Гандылян К. С. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы // Институт стоматологии. 2013. №2. С. 59–61.

Khristoforando D. Yu., Karpov S. M., Baturin V. A., Gandylyan K. S. Osobennosti techeniya sochetannoj chelyustno-litsevoj travmy // Institut stomatologii. 2013. №2. С. 59–61.

12. Chen T., Gu S., Han W., Zhang Q. The CT characteristics of orbital blow-out fracture and its medicolegal expertise // J Forensic Leg Med. 2009. №1. P. 12–18.

13. Gaudio R. M., Barbieri S., Feltracco P. Traumatic dental injuries during anaesthesia. Part II: medico-legal evaluation and liability // Dent Traumatol. 2011. №1. P. 54–57.

14. Obafunwa J. O., Ogunbanjo V. O., Ogunbanjo O. B. Forensic odontological observations in the victims of DANA air crash // Pan Afr Med J. 2015. №4. P. 49–53.

15. Sener M. T., Kok A. N., Kara C. Diagnosing isolated nasal fractures in the emergency department: are they missed or overdiagnosed? Ten years experience of 535 forensic cases // Eur J Trauma Emerg Surg. 2014. №6. P. 45–49.

16. Tschomakov M., Kaltschev J. Subcutaneous emphysema of the face in the forensic medical testimony of living persons // Dtsch Z Gesamte Gerichtl Med. 1969. №4. P. 29–34.

17. Živković V., Nikolić S. Head injuries in falls from a standing height: do fractures of the orbital roof matter? A prospective autopsy study // Forensic Sci Med Pathol. 2014. №4. P. 83–87.

Поступила 17.06.2016

Координаты для связи с авторами
197022, г. Санкт-Петербург,
ул. Льва Толстого, д. 6–8, корп. 30