

Тактика судебно-медицинской экспертизы при черепно-мозговой травме

В.К. Дадабаев

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

***Резюме** Механические повреждения занимают ведущее место среди травм в мирное время. Наибольшую долю, среди них, составляют черепно-мозговые травмы (ЧМТ), которые отличаются разнообразием морфологии и клинических форм, протекают тяжело и нередко заканчиваются летальным исходом. Проведение судебно-медицинских экспертиз у пострадавших с ЧМТ вызывает наибольшие трудности, что определяет постоянный интерес экспертов и клиницистов к изучению травмы черепа и головного мозга.*

***Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, судебно-медицинская экспертиза.*

V.K. Dadabaev

Tactics of a forensic medical examination at a craniocerebral trauma

***Summary** Mechanical damage to occupy the leading place among the injury of a peace time, the traumatic brain injury is among them the largest share, it differs a variety of morphological and clinical forms, runs hard and often ends with a fatal outcome. Forensic investigation in patients with CCT cause the greatest difficulties that defines the constant interest of experts and clinicians to study the trauma of a skull and the brain.*

***Key words:** Traumatic brain injury, the forensic medical examination.*

Механические повреждения занимают ведущее место среди травм в мирное время. Наибольшую долю, среди них, составляют черепно-мозговые

травмы, которые отличаются разнообразием морфологии и клинических форм, протекают тяжело и нередко заканчиваются летальным исходом. Проведение судебно-медицинских экспертиз у пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) вызывают наибольшие трудности, что определяет постоянный интерес экспертов и клиницистов к изучению травмы черепа и головного мозга.

Черепно-мозговые повреждения обычно являются результатом тяжких преступлений против здоровья и жизни личности. В таких случаях органы расследования должны установить место и время причинения телесного повреждения, свойства травмирующего предмета, условия возникновения повреждения, объем и характер вреда, причиненного здоровью и др. Все эти и многие другие вопросы носят специальный характер и решаются в рамках судебно-медицинской экспертизы. Отсюда становится понятной актуальность изучить некоторые судебно-медицинские аспекты черепно-мозговой травмы.

Базой для решения многих экспертных вопросов могла бы стать теория возникновения черепно-мозговой травмы. Однако такой теории пока нет. Существует большое количество теоретических построений, отличающихся тем, что обоснование каждой отдельной теории включает обязательное опровержение остальных концепций. Такое положение делает необходимым обязательный анализ этой проблемы с попыткой, прежде всего, определить научную корректность тех аргументов, на которых базируется та или иная теория.

Приступая к судебно-медицинской экспертизе в целях установления характера и степени тяжести телесных повреждений, эксперт должен изучить постановление следователя, уяснить поставленные вопросы и наметить план проведения экспертизы. Перед обследованием врачу необходимо удостовериться в личности освидетельствуемого по паспорту или заменяющему его документу.

Обследование начинается с опроса, в ходе которого освидетельствуемый рассказывает о времени и обстоятельствах получения повреждений и предъявляет жалобы на состояние здоровья. Рассказ должен носить свободный характер, вопросы должны быть уточняющими, но не наводящими. Затем изучаются подлинные медицинские документы, содержащие сведения о подлежащих оценке повреждениях.

Если пострадавший находится на обследовании и лечении, то целесообразно предварительно изучить медицинские документы (амбулаторную карту, историю болезни и др.).

Цель изучения: составить представление о возможной картине повреждения, о динамике первичных симптомов, о появлении (в процессе обследования и лечения) новых жалоб и изменений состояния здоровья, о характере проводимой терапии (активное хирургическое лечение, консервативное медикаментозное лечение, физиотерапевтическое лечение и др.). Если при хирургической обработке удалены края раны, обломки костей, фрагменты оболочек и ткани головного мозга, необходимо установить, куда они направлены для исследования, как исследованы и каковы результаты. В подавляющем большинстве случаев следует стремиться к тому, чтобы получить иссеченные и удаленные ткани для экспертного исследования.

Не следует ограничиваться изучением записей о результатах инструментальных исследований, необходимо всегда опираться на рентгеновские снимки. При наличии повреждений черепа они могут содержать важную экспертную информацию о механизме травмы и свойствах травмирующего предмета, на что не обращают внимания рентгенологи лечебных учреждений. Записи об отсутствии повреждений черепа не являются основанием для отказа от исследования рентгенограмм, так как при повторном осмотре рентгеновских снимков повреждения могут быть обнаружены. Кроме того, анатомический вариант строения черепа, толщина костей, возможные изменения их структуры могут сыграть важную роль в интерпретации механизма травмы головы.

Также при изучении медицинских документов нельзя ограничиваться только изучением историей болезни. Для того, чтобы правильно оценить влияние повреждений на пострадавшего, следует изучить медицинские документы, характеризующие состояние здоровья в период, предшествующий травме (сопутствующие острые, хронические заболевания). В ряде случаев прибегают к ходатайству перед следствием о допросе родственников, сослуживцев и других лиц, которые могли бы охарактеризовать состояние здоровья обследуемого, его жалобы на состояние здоровья не только после полученной травмы, но и в период, предшествовавший ей.

К сведениям, содержащимся в протоколах допросов, следует относиться достаточно критически, так как оценка их достоверности может быть дана только судом или следствием после сопоставления со всеми материалами уголовного дела. Изучая такие документы, эксперт решает основную задачу: противоречат или не противоречат содержащиеся в протоколах допросов сведения тем объективным данным, которые эксперт получил при непосредственном обследовании потерпевшего и изучении его медицинских документов. Принципиально неверно может прозвучать в экспертном заключении фраза о том, что сведения из протоколов допросов «подтверждают» диагноз или иной экспертный вывод.

Нельзя для подтверждения избрать факт, достоверность которого не установлена (еще раз подчеркнем, что установление достоверности факта в таких случаях является исключительной прерогативой суда и следствия). Таким же должен быть подход и по отношению к сведениям, содержащимся в протоколах допросов лечащих врачей, которые «уточняют», «дополняют» данные истории болезни, иногда через весьма продолжительный период времени после окончания лечения (через несколько месяцев и даже лет). Нередко приходится сталкиваться и с «добросовестным заблуждением», и с желанием обязательно «помочь органам следствия в раскрытии

преступления», и с субъективным отношением врача к процедуре расследования и судебного заседания и т.д.

В исключительных случаях подлинные документы могут быть заменены подробными выписками, заверенными печатями лечебного учреждения. Если необходимые медицинские документы эксперту не предъявлены, он вправе заявить органу следствия или органу, назначившему экспертизу, о представлении документов. Во всех случаях следует стремиться к обследованию пострадавшего. Если такой возможности нет (пострадавший находится в длительной командировке, скрывается от следствия и др.), то следователь должен сообщить эксперту о причинах, по которым пострадавший не может быть доставлен для обследования.

Для уточнения характера повреждения и степени вреда здоровью проводят дополнительные исследования. Чаще других применяют рентгенографический и клиничко-лабораторные методы. В зависимости от необходимости и диагностических возможностей территориальных медицинских учреждений могут быть применены и сложные клинические обследования: радиоизотопный и сканирующий анализ, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография и др.; в ряде случаев предпринимается стационарное динамическое обследование. При проведении экспертизы руководители и врачи лечебных учреждений обязаны оказывать судебно-медицинскому эксперту содействие в клиническом и лабораторном обследовании. При необходимости возможна помощь специалистов (клиницистов, рентгенологов и др.), которые должны быть включены в состав судебно-медицинской комиссии в качестве экспертов.

Привлечение специалистов для консультаций менее желательно, так как за свои консультации они несут только дисциплинарную ответственность, тогда как эксперт – уголовную. Включение специалистов в состав экспертной комиссии всегда повышает степень их ответственности при решении поставленных вопросов.

При выборе и назначении дополнительных диагностических методов обследования всегда следует учитывать, не создает ли избранный метод возможности ухудшения состояния здоровья пострадавшего. При отсутствии клинических медицинских показаний в экспертных целях могут применяться только индифферентные для здоровья методы обследования.

Только в экспертных целях не применяются методы, способные ухудшить состояние здоровья (например, ангиография головного мозга в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы). Обследование с помощью таких методов допустимо, если интересы клинической и экспертной диагностики совпадают. Те же принципы должны соблюдаться при необходимости осмотреть рану, находящуюся под повязкой. Не следует прибегать к неплановой перевязке повреждения, исходя исключительно из экспертных целей. Экспертный осмотр раны должен быть приурочен к перевязке, потребность и время которой определяется медицинскими показаниями.

Независимо от вопросов, поставленных следователем, эксперт должен в выводах своего заключения отразить:

- 1) характер и локализацию повреждения;
- 2) свойства травмирующего предмета, причинившего повреждения;
- 3) механизм возникновения повреждения;
- 4) время причинения повреждения;
- 5) степень тяжести с обязательным указанием на квалифицирующий признак повреждения (опасность для жизни, стойкая утрата общей трудоспособности, длительное расстройство здоровья и др.).

Все выводы в «Заключении эксперта» должны опираться на результаты проведенных амбулаторных, клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Каждое положение выводов должно быть научно обосновано.

Эксперт должен составить мотивированное заключение о невозможности определить степень тяжести телесного повреждения в следующих случаях:

- 1) при неясной клинической картине и недостаточном клиническом обследовании пострадавшего;
- 2) при неясном исходе неопасного для жизни повреждения;
- 3) при отказе пострадавшего от осмотра, (если это лишает эксперта возможности составить объективное представление о характере и исходе повреждения по медицинским документам);
- 4) при отсутствии необходимых медицинских документов.

«Заключение эксперта» выдается органу, назначившему экспертизу, непосредственно или через лиц, указанных этим органом. Основные выводы по возможности должны быть иллюстрированы. Замена «Заключения» выписками, справками или иными, не установленными законами, документами запрещается.

С немалыми трудностями врач сталкивается при необходимости оценить влияние патологии на клиническое течение и исход травмы. Ответственность, которая в таких случаях лежит на экспертах, трудно переоценить. От их заключения во многом, если не полностью, зависит судебное решение, которое в подобных ситуациях может носить диаметрально противоположный характер: на одном полюсе – оправдание, на другом – максимальные сроки наказания. Зачастую приходится отмечать, что при одних и тех же исходных фактических данных разные эксперты дают им различные, противоречащие друг другу интерпретации. Это является прямым отражением не только современного уровня научных знаний, но и подготовленности судебных медиков в решении экспертных задач.

Существенно расширились возможности судебно-медицинской экспертизы для выявления условий возникновения черепно-мозговой травмы и свойств, причинившего его предмета. Вместе с тем, во всех основных разделах этой проблемы есть важные нерешенные задачи.

Прежде всего, нуждается в экспериментальном подтверждении интегрированная теория механизма ЧМТ. За основу может быть взят натуральный эксперимент с использованием биоманекена. Заданная энергия внешнего ударного воздействия должна быть надежно зарегистрирована, например, с помощью высокоскоростной киносъемки. Импульсное изменение внутричерепного давления может быть зафиксировано с помощью миниатюрных датчиков, подведенных через сосудистое русло к различным глубинным поверхностям коры головного мозга в зависимости от места приложения силы.

Динамику внутричерепных процессов целесообразно наблюдать с помощью многоканальной импульсной рентгенографии (КТ). При этом в качестве маркеров могут быть выбраны сосуды головного мозга, заполненные контрастным веществом через внутренние сонные и позвоночные артерии. Такое комплексное инструментальное обеспечение может дать качественно новое представление о динамических процессах, лежащих в основе механизма ЧМТ, и прежде всего её закрытого варианта.

Нельзя считать в достаточной степени изученными судебно-медицинские аспекты травмы различных экстра- и интрацеребральных образований. В первую очередь это касается черепных нервов, мозжечка, внутрислоушарных гематом. Основное внимание здесь должно быть направлено на выявление морфологических признаков, способных отразить механизм возникновения ЧМТ в целом.

При обработке методики судебно-медицинского изучения ЧМТ следует обращать внимание на её комплексный и преемственный характер, предусматривающий сочетание традиционных приемов и современных методов количественного анализа, применение методик, направленных на выявление источников кровоизлияний различной локализации, внедрение перспективных частных методов, способных обеспечить изучение патоморфологии ЧМТ на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях, с использованием компьютерной макро- и микрорентгеномографии,

электронной микроскопии, методов постмортального физического, физико-химического и биохимического анализа. Проведение столь широких и разнообразных исследований возможно лишь усилиями нескольких научных коллективов. Поэтому является важной разработкой как единых программ, так и единых методических подходов к решению научных задач.

Представляются необходимыми исследовательские работы, целью которых должно стать изучение факторов, закономерно влияющих на прижизненную и посмертную изменчивость морфологии повреждений: инфекционные осложнения, методы оперативного и консервативного лечения ЧМТ, состояние местной и общей сопротивляемости организма, сопутствующая патология, условия окружающей среды, трупная фауна и другие факторы. Результатами этих работ могут стать объективные критерии, способные не только уточнить сроки заживления, но и верифицировать условия, повлиявшие на изменчивость повреждения.

Важным следует считать изучение объема ЧМТ, который может быть определен как совокупность качественных и количественных объективных морфологических критериев, отражающих общие или частные габаритно-массовые показатели. Если в отношении объема повреждений костной оболочки уже получены определенные сведения, то критерии объема повреждений мягких тканей, оболочек, сосудов и ткани головного мозга до сих пор в необходимой мере не исследованы. Следует подчеркнуть, что судебно-медицинское значение этих работ заключается в возможности не только определить силу травматического воздействия, но и интерпретировать патогенетическую роль ЧМТ при изолированных и сочетанных повреждениях.

ЧМТ следует считать одним из своеобразных вариантов травматической болезни, для которой характерно поражение жизненно важных центров головного мозга и раннее развитие инфекционных осложнений. Здесь можно определить целый комплекс необходимых, но еще не решенных научных задач. Среди них: разработка объективных критериев

применительно к отдельным первичным элементам ЧМТ (повреждениям, кровоизлияниям), вторичным расстройствам и осложнениям как непосредственным причинам смерти; выявление объективных морфологических признаков, отражающих объем ЧМТ; определение критериев необратимости ЧМТ, имеется в виду не только объем, но и локализация поражения жизненно важных структур головного мозга (эти данные могут оказаться полезными не только при решении задач судебно-медицинской экспертизы, но и при оценке правильности выбора потенциальных доноров в целях посмертной трансплантации сердца, почек и т.п.); обработка морфологических признаков, необходимых при обосновании благоприятного исхода ЧМТ, степени утраты стойкой и временной трудоспособности.

Предметом научного исследования должны стать критерии оценки тяжести ЧМТ, а также влияния на эту оценку сопутствующей патологии.

Литература.

1. Мазур В.В., Мазур Е.С., Пун Ч.Б. Особенности постинфарктного ремоделирования левого желудочка сердца у больных артериальной гипертонией // Кардиология. - 2004. - Т. 44. - № 7. - С. 53-56.
2. Кириленко Н.П., Жмакин И.А. Участие Тверской медакадемии в формировании здорового образа жизни среди населения тверской области: опыт прошлого и настоящего, к будущему // Верхневолжский медицинский журнал. - 2009. - Т. 7. - № 4. - С. 31-33.
3. Дубенский В.В., Дубенский В.В. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога. вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза, диагностики // Вестник дерматологии и венерологии. - 2008. - № 6. - С. 22-40.
4. Калинин М.Н., Волков В.С. О патоаутокинезе гиперлиппротеидемии и его клиническом значении // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. - Т. 10. - № 2. - С. 21-24.
5. Алексеева Ю.А., Жмакин И.А., Акопов Э.С., Васильев П.В., Баканов К.Б., Дербенев Д.П., Крячкова О.В., Эхте К.А., Бухаринов А.И. Влияние антропогенных экологических факторов риска на состояние

- здоровья подростков // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Биология и экология. - 2010. - № 19. - С. 7-14
6. Кушнир С.М. О механизме нарушения вегетативной регуляции у детей, больных нейроциркуляторной астенией // Вестник аритмологии. - 2000. - № 18. - С. 40-41.
 7. Волков В.С., Поселюгина О.Б., Нилова С.А., Роккина С.А., Кириленко Н.П., Сибилева С.В., Гнатенко Э.П. Об эндемии артериальной гипертонии в России и новых подходах к ее профилактике // Клиническая медицина. - 2009. - Т. 87. - № 1. - С. 70-72.
 8. Иванов А.Г. Особенности формирования семьи и репродуктивных установок молодежи // Здравоохранение Российской Федерации. - 2004. - № 4. - С. 36-37.
 9. Дербенев Д.П., Орлов Д.А., Жмакин И.А. Социальная адаптированность и факторы, обуславливающие ее нарушение у учащихся старшего подросткового возраста в Тверской области // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Биология и экология. - 2010. - № 17-16. - С. 36-40.
 10. Волков В.С., Макушева М.В., Килейников Д.В. Суточный профиль артериального давления у больных гипотиреозом // Клиническая медицина. - 2007. - Т. 85. - № 11. - С. 37-39.
 11. Васильев П.В., Дербенев Д.П., Жмакин И.А., Алексеева Ю.А. Формирование физического здоровья подростков, проживающих в различных санитарно-гигиенических условиях // Санитарный врач. - 2012. - № 3. - С. 018-025.
 12. Дадабаев В.К., Тищенко В.И., Стрельников В.Н., Верещагина Л.Н. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за допущенные дефекты при ведении медицинской документации // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. - Т. 10. - № 3. - С. 43-46.
 13. Дадабаев В.К., Троян В.Н., Путинцев В.А., Ковтун Э.А. Применение компьютерной томографии в судебной медицине // Военно-медицинский журнал. - 2010. - № 12. - С. 52.
 14. Дадабаев В.К., Сундуков Д.В. Использование 3d технологий в судебной медицине // Медицинская экспертиза и право. - 2011. - № 3. - С. 15-16.
 15. Дадабаев В.К., Стрелков А.А. Возможности применения рентгенологических методов исследования в судебно-медицинской и криминалистической экспертной деятельности // Библиотека криминалиста. Научный журнал. - 2014. - № 4 (15). - С. 278-281.

16. Дадабаев В.К. Спиральной компьютерной томографии в судебно-медицинской практике // Медицинская экспертиза и право. - 2011. - № 3. - С. 36.
17. Дадабаев В.К., Ремизова А.С. Особенности железнодорожных травм полученных при эксплуатации скоростных составов « САПСАН» // Верхневолжский медицинский журнал. - 2013. - Т. 11. - № 2. - С. 48-50.
18. Дадабаев В.К., Стрельников В.Н. Внедрение научно-технических инноваций в судебно-медицинской и криминалистической экспертной деятельности // Международный научно-исследовательский журнал. - 2013. - № 12-3 (19). - С. 42-44.
19. Аксенова Е.Д. Сопоставительный лингвокультурологический анализ паремий, входящих в концепт «лечение болезней» // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Русский и иностранные языки и методика их преподавания. - 2007. - № 1. - С. 36-41.
20. Аксенова Е.Д., Мирзоева В.М. Национально-культурный компонент в языковой картине мира (на примере паремиологии) // В сборнике: Взаимодействие языков и культур при изучении русского языка иностранцами. Актуальные проблемы изучения и преподавания РКИ в вузе материалы III Международной научно-практической конференции. ТВЕРЬ, - 2014. - С. 117-123.
21. Аксенова Е.Д., Кузнецова А.А., Рюмшина Н.В. Доминанты идеального образа врача (концентр врач-больной в этико-деонтологической картине мира) // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Филология. - 2012. - № 3. - С. 103-107.
22. Аксенова Е.Д., Кузнецова А.А., Рюмшина Н.В. Особенности хронотопа в прозе В. Л. Кондратьева // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Филология. - 2013. - № 3. - С. 191-197.