

КЛИНИЧЕСКИЕ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ИНФЕКЦИОННЫМИ ПРОЦЕССАМИ

А.Н. Мироненко¹, В.Л. Попов², О.А. Егорова¹

¹ Городская больница № 15

² Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области,
Санкт-Петербург, Россия

На примере двух клинических случаев повреждений челюстно-лицевой области и шеи указывается на необходимость привлечения специалиста челюстно-лицевого хирурга для работы в составе экспертной комиссии и разработки алгоритма с целью объективной оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека при данном виде травмы.

Ключевые слова: повреждения челюстно-лицевой области, вред, причиненный здоровью человека, ранения шеи.

Исходя из требований Уголовно-процессуального кодекса РФ при расследовании противоправных деяний, связанных с причинением повреждений, является обязательным производство судебно-медицинской экспертизы для определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Однако, как показывает экспертный опыт, в ряде случаев судебно-медицинские эксперты сталкиваются с вопросами, требующими для своего решения познаний в сфере смежных клинических дисциплин, особенно это касается повреждений челюстно-лицевой области и шеи, сопровождающихся инфекционными процессами, в виду морфологического многообразия и частой генерализации воспалительного процесса с развитием септических форм воспаления у этой категории больных.

Одним из наиболее частых и закономерных осложнений травмы челюстно-лицевой области и шеи являются инфекционные осложнения. В тех случаях, когда возникают инфекционные осложнения, именно они определяют клиническую картину и окончательный исход повреждений [2,6,7,11].

Неадекватные лечебно-диагностические и организационные методы усугубляют тяжесть травматического процесса и, следовательно, усложняют судебно-медицинскую оценку травмы. В нашей экспертной практике мы неоднократно сталкивались со случаями, когда мнения клиницистов о тяжести травмы и ее последствиях входили в противоречие с судебно-медицинской оценкой вреда здоровью.

Цель нашего исследования: разработка критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, у по-

страдавших с повреждениями челюстно-лицевой области и шеи.

Материалы и методы: 560 пострадавших: 443 мужчины и 117 женщин с отличающимися по тяжести повреждениями челюстно-лицевой области и шеи, осложнившихся различными по распространенности инфекционными процессами. 10 больных умерли. 555 пострадавших проходили лечение в стационаре гнойной челюстно-лицевой хирургии СПб ГБУЗ «Городская больница №15»; 5 являлись объектом комплексных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области по поводу оценки степени вреда, причиненного здоровью человека при повреждениях челюстно-лицевой области и шеи, сопровождающихся воспалительными процессами.

Распределение больных по полу и возрасту представлено на рис. 1.

Как видно из рисунка, преобладали мужчины трудоспособного возраста 30 – 39 лет.

В основном преобладала травма тупыми предметами – 540 случаев (96,4%). Повреждения острыми предметами наблюдались у 15 пострадавших (2,7%). В 4-х случаях (0,7%) отмечались огнестрельные повреждения и у одного пострадавшего (0,2%) – ранение из пневматического оружия.

Структура сопутствующей патологии представлена на рис. 2.

Инфекционные осложнения варьировали в широких пределах от локальных нагноительных процессов и, заканчивая распространением инфекционного процесса в клетчаточные пространства за пределы челюстно-лицевой

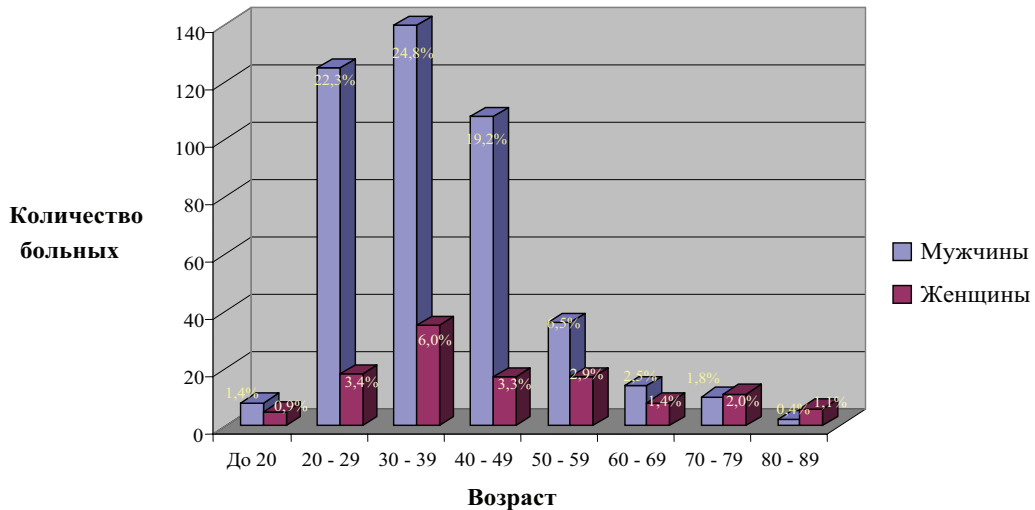


Рис. 1. Распределение больных по полу и возрасту

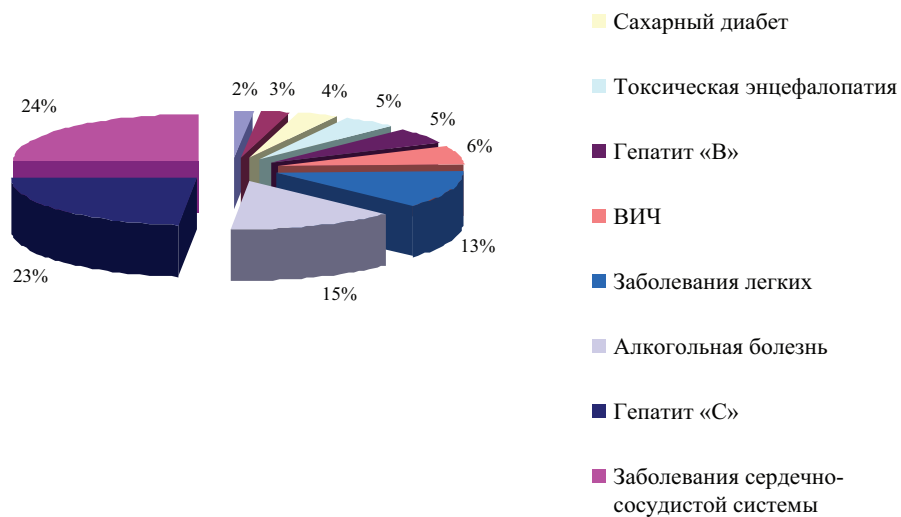


Рис. 2. Структура сопутствующей патологии

области и шеи, в частности – в средостение с последующей генерализацией инфекции и смерти от сепсиса.

Во всех этих случаях производилось хирургическое пособие, однако оно не всегда было адекватным и своевременным, что затрудняло судебно-медицинскую оценку тяжести вреда, причиненного здоровью человека в результате травмы. В связи с выше изложенным, обращают внимание 2 примера из клинической и экспертной практики.

Пример 1. К. 37 лет, доставлен в хирургический стационар в первые часы после удара ножом в область шеи. При поступлении: гори-

зонтальная линейная рана длиной 2 – 2,5 см в передней области шеи в проекции перстневидного хряща; подкожная эмфизема. При неполной ревизии раны обнаружено повреждение трахеи. Края раны трахеи разведены и в её просвет установлена трахеостомическая канюля. Предписано динамическое наблюдение реаниматолога. В течение четырех суток состояние больного стабильное, однако, отмечалось психомоторное возбуждение, больной агрессивен. Лечение: антибактериальная терапия, перевязки раны шеи, санация трахеостомической трубки. На пятые сутки после ранения состояние резко ухудшилось: произошла остановка дыхания и

сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия оказались неэффективны. Констатирована биологическая смерть.

Судебно-медицинское исследование трупа показало наличие колото-резаной раны передней области шеи с повреждениями трахеи, пищевода и позвоночника, проникающей в просвет трахеи, пищевода и в позвоночный канал. Осложнения: медиастинит, трахеит, эзофагит и лептоменингит. Таким образом, смерть К., 37 лет, последовала в результате колото-резаного ранения передней области шеи с повреждением трахеи, пищевода, позвоночника, осложнившегося гнойным трахеитом, эзофагитом, медиастинитом, лептоменингитом, интоксикацией и полиорганной недостаточностью. По признаку опасности для жизни данное повреждение расценивается как тяжкий вред, причиненный здоровьем человека.

На всех этапах оказания медицинской помощи К. были допущены недостатки, а именно: не выполнен полностью комплекс диагностических мероприятий, включающих рентгенологическое исследование шеи, эндоскопические исследования (бронхоскопия, эзофагоскопия) при первичной хирургической обработке ранения. Не проведены ревизия задней стенки трахеи, пищевода, что впоследствии было выявлено на аутопсии. Недооценка степени тяжести общего состояния пострадавшего с ранением трахеи привела к неправильной тактике его лечения в послеоперационном периоде. Недостатки медицинской помощи, несомненно, привели к развитию инфекционных осложнений и наступлению смерти пострадавшего.

Средняя летальность при повреждениях и осложнениях, подобным, имевшимся у К., по литературным данным, составляет 30–40% [3,4,8]. Поэтому своевременная адекватная медицинская помощь пациенту могла бы повысить шансы благоприятного исхода травмы [5, 10]. Смерть К. находится в прямой причинной связи с полученным им колото-резаным ранением шеи, а недостатки медицинской помощи являются условием развития осложнений и состоят в не прямой, опосредованной причинно-следственной связи с летальным исходом.

Согласно данным литературы ранения шеи, сопровождающиеся повреждением трахеи и пищевода, осложняются шоком и нарушением сознания и последующими гнойными осложнениями [8]. Пострадавшие должны находиться под постоянным наблюдением дежурного врача-реаниматолога. При проведении первичной хи-

рургической обработке раневой канал должен быть исследован на всем своем протяжении, иссечены нежизнеспособные разможенные участки краев раны трахеи для полноценного заживления повреждения трахеи, осуществлено дренирование послеоперационной раны [1,9].

При повреждении пищевода следует обеспечить зондовое питание: оно обязательно, так как в противном случае происходит инфицирование паравerteбральной (околопозвоночной) клетчатки и заднего средостения с последующим развитием медиастинита. Таким образом, многочисленный комплекс недостатков оказания медицинской помощи явился условием развития осложнений и способствовал наступлению летального исхода.

Колото-резаное ранение передней области шеи с повреждением трахеи, пищевода и позвоночника является опасным для жизни в момент его причинения. При трактовке причины смерти есть основания считать наличие прямой причинной связи между ранением и смертью. Вместе с тем, были допущены дефекты диагностики: не диагностированы повреждения пищевода и позвоночника, не исследован раневой канал. Несомненно, все эти дефекты отрицательно повлияли на состояние здоровья человека и ускорили наступление его смерти, однако при дать им самостоятельное значение в наступлении смертельного исхода нет достаточных оснований, поскольку тяжесть состояния больного определялась опасностью для жизни первичной травмы и ее закономерно возникшими инфекционными осложнениями.

Больной Г., 35 лет поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии на 7-е сутки после бытовой травмы – удар кулаком в левую щечную область. При поступлении температура тела – 38 – 39°C, пульс – 90 ударов в минуту, слабого наполнения, кожные покровы бледные, покрытые холодным липким потом; жалобы на общую слабость, резкие боли в области тела и угла нижней челюсти слева, ограничение открывания рта, болезненное глотание, поперхивание. В клиническом анализе крови определялся выраженный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, появление незрелых форм лейкоцитов, ускоренное СОЭ. Из анамнеза выяснено, что на 5-сутки после травмы пациент обращался к хирургу-стоматологу в связи болями в области 37, 38 зубов. Произведена экстракция 37, 38 зуба, улучшения состояния не наступило: в течение 2-х суток появился и начал усиливаться отек в подчелюстной области слева, ко-

торый распространился на подподбородочную область и подчелюстную область справа. Пострадавший госпитализирован в хирургическое отделение многопрофильной больницы, где был диагностирован перелом нижней челюсти слева, осложненный флегмоной окологлоточной локализации, а затем переведен в специализированное отделение гнойной челюстно-лицевой хирургии, где были выявлены отек и инфильтрация в подчелюстных областях с обеих сторон, распространяющиеся на передне-боковые поверхности шеи более выраженные слева, ограничение открывания рта до 2 см, а также, инфильтрат и гиперемия слизистой оболочки передней небной дужки слева, подвижность отломков нижней челюсти в области левого угла.

Рентгенологическое исследование показало наличие оскольчатого нарушения целостности костной ткани нижней челюсти в зоне отсутствующих 34 и 38 зубов. Линия перелома нижней челюсти проходила в косом направлении от альвеолярного отростка нижней челюсти в области отсутствующего 38 зуба вправо к лунке 34 по краю нижней челюсти. Наблюдалось увеличение тени заглоточного пространства шеи и средостения.

Установлен диагноз: оскольчатый перелом нижней челюсти слева в области 38 зуба. Острый травматический остеомиелит нижней челюсти слева. Флегмона дна полости рта, подчелюстных пространств с двух сторон, крылочелюстного, окологлоточного пространства слева, передне-боковых пространств шеи. Передне-задний медиастинит. Определены показания для проведения оперативного пособия под общим обезболиванием – вскрытия флегмоны глубоких клетчаточных пространств шеи. Имобилизация челюстей с применением шин невозможна ввиду множественного разрушения коронок зубов.

Фиброоптическая интубация происходила с большими техническими трудностями вследствие выраженного отека тканей дна полости рта и глотки. В ходе операции получено до 20 миллилитров зловонного гноя из дна полости рта, подчелюстных окологлоточных пространств. Произведена хирургическая санация полости рта: удалены разрушенные 18, 16, 25, 26, 28, 48, 47 и 46 зубы. В связи с гипоксемией больной был оставлен на длительной искусственной вентиляции легких в палате интенсивной терапии. Несмотря на проводимое лечение, состояние пострадавшего оставалось тяжелым без тенденции к улучшению, самостоятельное дыхание не восстанавливалось. На третьи сутки пребывания в стационаре и на 9-е после травмы

констатирована атоническая кома вследствие гипоксической энцефалопатии. При компьютерно-томографическом исследовании наблюдались диффузные изменения ткани головного мозга.

На 10-е сутки пребывания в стационаре и на 17-е сутки после травмы, несмотря на комплекс реанимационных мероприятий, наступила смерть больного от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности на фоне интоксикации.

Посмертный диагноз: основной: оскольчатый перелом нижней челюсти слева в области 38 зуба. Острый травматический остеомиелит нижней челюсти слева. Флегмона дна полости рта, подчелюстных пространств с двух сторон, крылочелюстного, окологлоточного пространства слева, передне-боковых пространств шеи. Постгипоксический синдром. Осложнения: правосторонний пневмоторакс, интоксикация.

Непосредственная причина смерти; отек головного мозга, прогрессирующая полиорганная недостаточность в результате интоксикации.

В ходе судебно-медицинского исследования трупа пострадавшего обнаружены множественные кровоизлияния в толще Варолиева моста и передней трети продолговатого мозга, отек в области IV желудочка головного мозга; гнойный фаринготрахеит с отеком голосовых складок, двусторонняя сливная бронхопневмония.

Судебно-медицинский эксперт квалифицировал полученную Г. травму челюсти как средней степени тяжести вред, причиненный здоровью человека, однако, отягощающий, предрасполагающий к инфицированию линии перелома фон, а именно: наличие множественных несанированных очагов хронической инфекции в полости рта, негативные привходящие обстоятельства – не в полном объеме оказанная первая медицинская помощь, отсроченность специализированного лечения, обусловили развитие тяжелых гнойных осложнений перелома, которые определили неблагоприятное течение травмы нижней челюсти, реализовавшееся в смертельном исходе повреждения.

Выводы

1. При квалификации степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека необходимо учитывать развитие гнойно-септического осложнения, утяжеляющего течение травматической болезни.

2. Наличие в действующих «Медицинских критериях» пунктов 6.2.7 (об угрожающем для жизни гнойно-септическом состоянии) и 25 (об оценке дефектов оказания медицинской помо-

щи как причинении вреда здоровью) позволяет четко оценить степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека в случаях осложнения травмы челюстно-лицевой области и шейными воспалительными процессами.

3. Привлечение специалиста челюстно-лицевого хирурга к работе экспертной комиссии в таких случаях является обязательным.

4. Разработка алгоритма оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека при повреждениях челюстно-лицевой области и шеи, осложнившихся инфекционными процессами, является насущно необходимой, так как позволит ликвидировать разрыв между практическими потребностями и возможностями судебно-медицинской экспертизы.

Литература

1. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии / Р.Б. Мак-Интайр, Г.В. Стигманн, Б. Айсман; пер. с англ. под ред. В.Д. Федорова, В.А. Кубышкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 744 с.

2. *Вермель И.Г., Ковалев М.И., Хоркунов А.С.* К оценке степени тяжести травм с инфекционными осложнениями. // Судебно-медицинская экспертиза. – 1994. – Т. 37, №3. – С. 10 – 13.

3. *Говорун М.И., Горохов А.* Повреждения ЛОР-органов и шеи в мирное и военное время: руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2010. – 126 с.

4. *Егорова О.А.* Особенности диагностики медиастинита, осложняющего механические по-

вреждения органов шеи // Институт стоматологии. – 2009. – Т. 42, № 1. – С. 60 – 61.

5. *Зенгер В.Т., Наседкин А.Н., Паршин В.Д.* Хирургия повреждений гортани и трахеи. – М.: «Медкнига», 2007. – 364 с.

6. Комментарий к нормативным правовым документам, регистрирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Изд. «Юр. Центр. Пресс.», СПб, 2008. – 213 с.

7. *Попов В.Л., Скрижинский С.Ф., Егорова О.А.* Особенности оценки повреждений шеи и зубочелюстной системы, осложнившихся инфекционными процессами // Судебно-медицинская экспертиза. – 2010. – Т. 53, №4. – С. 15 – 18.

8. *Слесаренко С.С., Агапов В.В., Прелатов В.А.* Медиастинит. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2005. – 200 с.

9. *Трунин Е.М., Михайлов А.П.* Лечение ранений и повреждений шеи. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2004. – 160 с.

10. *Gatterer M.S., Toon R.S., Ellestad C, McFee A.S., Rogers W., Macj J.W., Trinkle K.J., Grover F.L.* Management of blunt and penetration external esophageal trauma. // J.Trauma. – 1985. – Vol. 25, №8. – P. 784 – 792.

11. *Lukosiumas A., Kubilius R., Sabalis G., Keizeris T., Sakavicius D.* An analysis of etiological factors for traumatic mandibular osteomyelitis // Medicina (Kaunas). – 2011. – Vol. 47, №7. – P. 380 – 385.

О.А. Егорова

Тел.: +7 921-916-01-24

E-mail: egorova_ohra@mail.ru

А.Н. Мироненко, В.Л. Попов, О.А. Егорова. Клинические и судебно-медицинские аспекты повреждений челюстно-лицевой области и шеи, сопровождающихся инфекционными процессами // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 1. – P. 73-78.

CLINICAL AND MEDICO-LEGAL ASPECTS OF INJURIES OF THE MAXILLOFACIAL AREA AND NECK, COMPLICATED BY INFECTIOUS PROCESSES

A.N. Mironenko¹, V.L. Popov², O.A. Egorova¹

¹ City hospital №15,

² Leningrad Region Forensic Medicine Expertise Bureau,
Saint-Petersburg, Russia

Two clinical cases of maxillofacial and neck injuries complicated by acute inflammatory processes demonstrated the necessity of involvement of the maxillofacial surgeon in expert commission and algorithm design.

Keywords: injuries of the maxillofacial region, the harm caused to health of the person injuries of the neck.

Authors

O.A. Egorova

Tel.: +7 921-916-01-24

E-mail: egorova_ohta@mail.ru

A.N. Mironenko, V.L. Popov, O.A. Egorova. Clinical and medico-legal aspects of injuries of the maxillofacial area and neck, complicated by infectious processes // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – T. 9. – № 1. – P. 73-78.