

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ



Индиаминов Сайит Индиаминович^{1,2}, Норкулов Урол Фарходович³

1 – Республиканский научно-практический центр СМЭ МЗ РУз, г. Ташкент;

2 – Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

3 - Самаркандский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАНИШЛАРИНИНГ ЛЕТАЛ ОҚИБАТЛАРИ ТАВСИФИ

Индиаминов Сайит Индиаминович^{1,2}, Норкулов Ўрол Фарходович³

1 - Ўз РССВ Республика суд-тиббий экспертиза илмий-амалий маркази, Тошкент ш.;

2 – Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

3 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

CHARACTERISTICS OF LETHAL OUTCOMES OF CRANIO-BRAIN INJURY

Indiaminov Sayit Indiaminovich^{1,2}, Norkulov Urol Farkhodovich³

1 - Republican Scientific and Practical Center of the SME of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: sayit.indiaminov@bk.ru

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади- БМЖ нинг летал оқибатларда бош миЯ тузулмалари шикастланишининг табиатини аниқлаш. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Республика суд тиббий экспертиза илмий-амалий маркази Самарқанд филиалида кейинги 5 йил давомида механик шикастланиш билан боғлиқ мурдаларни суд-тиббий экспертизадан ўтказиш натижалари таҳлил қилинди. Шикастланиш тафсилотлари материаллари, СТЭ хулосалари, тиббий ҳужжатлар ва қўшимча текширувлар натижалари ўрганилди. Олинган натижаларга статистик ишлов берилди. Олинган натижалар: БМЖ нинг келиб чиқишида етакчи ўринни автомобил травмалари (65,4%) ва турли хил тўмтоқ воситаларнинг бевосита зарба таъсири (19,6%) эгаллади. Вафот этганларнинг 30,9 фоизда БМЖ суяк тузилмаларига зарар етказилмаган бўлса, жабрланганларнинг 69,1 фоизда бош суякларининг синиши билан кечган. 62,4% ҳолларда БМЖ олганлар жароҳат етказилган жойида вафот этган, қолганларида - 37,6% уларнинг ўлими энг яқин тиббий муассасаларда содир бўлган: 1-2 кун - 17,0%, 3-4 - 20, 0%, 5-6 - 26,0%, 7-8 -19,0%, 8-10 - 8,0%, 11-12 кун - 10,0%. Жабрланганларнинг 20,6 фоизда БМЖ турли даражадаги алкоғоли мастлик муҳтида содир бўлган. Бош суякларининг синиши 36,0% ҳолларда бош асосига ўтиши билан кечган, бу ҳолат ўз навбатида БМЖ нинг ўта оғирлигидан далолат берди. Хулоса: БМЖлари асосан эркакларда (79,0%) кузатилди, аёллар - 21,0% ни ташкил этди, ёши бўйича энг кўпи меҳнатга лаёқатли ёшдагилар - 18-60 (70,2%) дан иборат бўлди. БМЖда бош суякларининг синиши жабрланганларнинг 69,1 фоизда қайд этилган, синишлар кўпинча (36,0%) асосга ўтиши билан кечган. 62,4% ҳолларда БМЖ олган беморлар жароҳат жойида вафот этган, қолганларида - 37,6% уларнинг ўлими 1-2 дан 11-12 кунгача бўлган муддатда тиббий муассасаларда қайд этилган. Шикастланишининг дастлабки даврида беморлар ўлими миЯнинг кучли контузияси, ишиниши ва бўкиши тўфайли содир бўлган, шикастланишининг кейинги даврларда йирингли асоратлар - менингит ва менингоэнцефалит аниқланган. Кўкрак қафаси, қорин ва таянч-ҳаракат тизимининг қўйма шикастланишлари летал оқибатларда тезлаштирувчи омил ёки конкурент сабаб бўлган.

Калит сўзлар: бош миЯ жароҳати, кечуви, асосратлари, летал оқибат, сабаблари.

Abstract. The purpose of the study was to identify the nature of head structure lesions in lethal outcomes of TBI. Materials and research methods. The analysis of the results of forensic medical examination of corpses with mechanical trauma, performed over the past 5 ears in the Samarkand branch of the Republican Scientific and Practical Center, was carried out. forensic medical examination of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. The materials of the circumstances of the injury, the conclusions of the SME, medical records and the results of additional studies were stud-

ied. The obtained data are subjected to statistical processing. The results obtained: in the origin of TBI, the leading place is occupied by an automobile injury (65.4%) and the impact of various blunt objects (19.6%). In 30.9% of the dead, TBI occurred without damage to bone structures, and in 69.1% of the dead, TBI occurred with fractures of the skull bones. In 62.4% of cases, victims with TBI died at the sites of injury, in the rest - 37.6% of cases, the lethality of the victims occurred in the nearest medical institutions during: 1-2 days - 17.0%, 3-4 - 20, 0%, 5-6 - 26.0%, 7-8 -19.0%, 8-10 - 8.0%, 11-12 days - 10.0%. In 20.6% of the victims, TBI occurred on the background of alcohol intoxication of varying degrees. Fractures of the skull bones in TBI in most cases (36.0%) covered all the bones of the skull with a transition to its base, which were accompanied by intrathecal hemorrhages, and sometimes traumatization of the brain structure, which indicates the most severe course of TBI in the victims. Conclusions: TBI was observed predominantly in males (79.0%), women accounted for 21.0%, in terms of age, people of the most working age predominated - 18-60 ears old (70.2%). Fractures of the bones of the skull in TBI were noted in 69.1% of the victims, which most often (36.0%) covered all the bones of the skull with a transition to its base. Victims with TBI in 62.4% of cases died at the site of injury in the rest - 37.6% of cases, the lethality of the victims occurred in the nearest medical institutions within 1-2 to 11-12 days. In the early period of injury, the death of victims with TBI occurred due to severe contusion, edema and swelling of the brain, in the subsequent stages of the injury, infectious complications were detected - meningitis and meningoencephalitis. Combined injuries of the chest, abdomen and musculoskeletal system contributed to the onset of death.

Key words: craniocerebral injury, course, complications, lethality, causes.

В условиях неуклонного роста травматизма, обусловленные транспортными происшествиями, падениями и различными противоправными действиями, по всему миру наблюдается тенденция к росту тяжелой черепно-мозговой травмы – ЧМТ. ЧМТ могут наблюдаться у лиц любой возрастной категории, с преобладанием людей наиболее трудоспособного возраста – 18 – 60 лет [5, 17].

На современном этапе отмечается изменения в структурах причин ЧМТ, из-за распространения ранее неизвестных или малоизвестных форм ЧМТ, что привело к пересмотру ряда базисных положений имеющей классификации её [11, 12]. С учетом этого, в настоящее время разрабатываются эффективные методы ранней диагностики и лечения больных с различными видами и различной тяжести ЧМТ [5, 14].

ЧМТ является не только клинической проблемой, данное состояние представляет значительный интерес для процесса судебно-медицинской экспертизой (СМЭ). Несмотря на обстоятельства происхождения, почти все виды ЧМТ подвергается СМЭ, в процессе которой устанавливаются механизм, давность, степень тяжести, причины смерти и танатогенез её. Следовательно, летальные и нелетальные исходы ЧМТ регистрируются в основном в судебно-медицинских учреждениях. Результаты анализа судебно-медицинских материалов может стать

основой для разработки, либо для выбора рациональных способов лечения больных с различными видами ЧМТ, а также для принятия профилактических мер по снижению этой травмы.

Целью настоящего исследования явилось выявление характера поражений структуры головы при смертельных исходах ЧМТ.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов СМЭ трупов, лиц погибших в результате механической травмы, проведенные за последние 5 лет в Самаркандском филиале Республиканского научно-практического центра СМЭ (РНПЦСМЭ). СМЭ трупов проведены в соответствии со стандартом В.1. В процессе анализа изучены данные регистрационных журналов, постановлений о назначении СМЭ, заключений СМЭ, медицинских карт стационарного больного, а также результаты судебно-гистологических и медико-криминалистических исследований органов и тканей. Полученных данных подвергли статистической обработке. В рамках вариационной статистики, с установлением минимальной ошибки (m), критерий достоверности (t) и достоверность различий (p) показателей.

Результаты исследования и обсуждение. Данные о поле и возрасте погибших от ЧМТ приведены в таблице 1.

Таблица 1. Распределения случаев смерти от ЧМТ по полу и возрасту

№	Возрастные категории	По полу		абс.	%
		Мужского пола	Женского пола		
1.	01-17	57	33	90	9,13
2.	18-30	161	34	195	19,7
3.	31-40	159	40	193	19,59
4.	41-50	130	16	146	14,8
5.	51-60	121	32	153	15,53
6.	60 -74	185	23	208	21,11
Всего		807 (81,2%)	178 (18,07)	985	100%

Таблица 2. Обстоятельства происхождения механических травм и характер ЧМТ

Обстоятельства происхождения механических травм	абс.	%	Характер ЧМТ			
			ЧМТ без поврежденной костей	ЧМТ с переломами костей	Абс.	%
Травмы от воздействия различных тупых предметов	193	19,6%	64	63	127	22,4%
Травмы от воздействия острых предметов	87	8,8%	0	0	0	
Падения с высоты	40	4,1%	6	28	34	6,0%
Огнестрельная травма	1	0,1%	0	0	0	
Автомобильная травма	644	65,4%	104	288	392	69,3%
Мототравма	5	0,5%	0	3	3	0,5%
Велотравма	5	0,5%	1	4	5	0,9%
Рельсовая травма	7	0,7%	0	4	4	0,7%
Тракторная травма	3	0,3%	0	1	1	0,2%
Всего	985	100%	175 (30,9%)	391 (69,1%)	566	100%

Из таблицы 1 видно, что ЧМТ наблюдались преимущественно у лиц мужского пола (79,0%), женщины составили – 21,0%, в возрастном аспекте преобладали люди самого трудоспособного возраста – 18-60 лет (70,2 %).

Установлено, что за пятилетний период в филиале РНПЦСМЭ выполнено 2256 экспертиз трупов, из них 985 случаев (44,0%) было связано с механической травмой, в составе которой у 58% погибших (566) имело место ЧМТ – таблица №2.

Из таблицы 2 видно, что в происхождении механической травмы и соответственно ЧМТ, ведущие места занимает автомобильная травма (65,4%), затем – воздействия различных тупых предметов(19,6%). Другие виды механической травмы составляли от 0,3% до 8,8% всех наблюдений, среди которых самый низкий показатель (0,1%) составлял случаев огнестрельной травмы.

У 30,9% погибших имело место ЧМТ без поражений костных структур, а у 69,1% погибших ЧМТ протекала с переломами костей черепа. У 20,6% пострадавших ЧМТ протекала на фоне алкогольного опьянения различной степени.

Отмечено, что при падениях и во всех видах транспортной травмы преобладали случаев ЧМТ с переломами костей черепа ($p \leq 0,005$). При травмах от воздействия различных тупых предметов или орудий, обусловленные противоправными действиями, ЧМТ с переломами костей и без поражений костных структур головы, отмечались в одинаковой степени (63 и 64 соответственно). Этих данных необходимо учесть в процессе установления обстоятельства и механизма ЧМТ.

Анализ локализаций переломов костей черепа при ЧМТ показал нижеследующие результаты – (табл. 3).

Таблица 3. Локализация переломов костей черепа при ЧМТ

Структуры	Абс.	%
Лобная кость	59	15,1 %
Левая височная кость	56	14,3 %
Правая височная кость	48	12,3 %
Теменные кости	33	8,4 %
Затылочная кость	21	5,4 %
Лобная, теменные, височные, затылочная кости с переломом в основание черепа	174	44,5 %
Всего	391	100%

Таблица 4. Характер переломов костей черепа у лиц погибших от ЧМТ

Характер переломов	Вдавления	Многооскольчатый с переходом в основание ЧМТ	Дырчатый ступенчатый	Линейный	Абс.
Абс.	59	161	13	158	391
%	15,1%	41,2%	3,3%	40,4%	100%

Из таблицы 3 видно, что переломы костей черепа при ЧМТ (44,5%) охватывали всех костей черепа с переходом в основание его. Нередко переломы отмечены в лобной и в височных костях (12,3-15,1%), теменные и затылочная кости повреждались в меньшей степени (8,4 и 5,4% соответственно). Одновременный охват переломов всех костей черепа указывают о наиболее тяжелом течение ЧМТ у 36,0% погибших. Сведения о характере переломов изложены в таблице 4.

Данные таблицы 4 указывают на то, что у лиц, погибших от ЧМТ наиболее часто отмечались многооскольчатые и линейные переломы (41,0 и 40,0%). Вдавленный и дырчатый, либо ступенчатый характер переломов отмечены в 15,0 и 4,0% случаев соответственно. Преобладания многооскольчатых и линейных форм переломов вероятно обусловлены обстоятельствами травмы – транспортной травмой и падениями с высоты.

Следует отметить, что пострадавшие с ЧМТ в 62,4% случаях (359 из 566) погибали на местах травмы, в остальных – 37,6% случаях летальность пострадавших наступила в ближайших лечебно-профилактических учреждениях в течение: 1-2 суток – 36 (17,0%), 3-4 суток – 43 (20,0), 5-6 суток – 55 (26,0%), 7-8 суток – 41 (19,0%), 8-10 суток – 17 (8,0%), 11-12 суток – 21 (10,0%). В лечебно-профилактических учреждениях пострадавшим с ЧМТ были проведены нижеследующие нейрохирургические и хирургические вмешательства: первичная хирургическая обработка – 78 (36,6%), трепанация с удалением гематом, отломков костей – 59 (28,0%), а также торокоцентез – 41 (19,0%), лапаротомия – 35 (16,4%) при сочетанных травмах.

Судя по записям протоколов трепанаций и данных заключений СМЭ трупов, эпи- и субдуральные гематомы в объеме от 70,0- 80,0% см³ до 80,0-160,0 см³, чаще всего отмечались в лобно-височно-затылочной части. В процессе трепанации, гематомы расположенные на своде и в боковых частях больших полушарев были удалены, однако гематомы, расположенные у основании мозга и в области стволовой части не были удалены, что явилось причиной развития лизиса ткани мозга в зонах ушибов. Субарахноидальные кровоизлияния в большинстве случаев были распространенными и в зонах ушибов – наиболее интенсивными, кровоизлияний в веществе мозга охватывали кору и подкорковую часть белого вещества, а при многооскольчатых переломах в зонах ушибов выявлялись и размягчений вещества мозга.

В раннем периоде травмы смерть пострадавших с ЧМТ наступила от тяжелого ушиба мозга, затем – от отека и набухания, а в последующих сроках травмы (недели и более) выявлялись инфекционные осложнения – менингит и менинго-

энцефалит. К наступлению смерти способствовали сочетанные травмы груди, живота и опорно-двигательного аппарата.

В современных условиях ЧМТ по всему миру остается наиболее актуальной медико-социальной проблемой современной медицины. По данным литературы, ЧМТ является ведущий причиной инвалидизации среди лиц, наиболее трудоспособного возраста и основной причиной смерти (до 60-80% и более) пострадавших при различных травмах [3, 6, 12, 18, 20]. По нашим данным лица погибших в результате ЧМТ в возрасте от 18 до 60 лет составлял 70,2%.

Происхождения ЧМТ и сочетанной травмы (СТ) чаще всего связаны с ДТП и падениями, при этом пострадавшие от 13,0 до 70,0 % случаев травму получают в состоянии алкогольного опьянения. Такое состояние значительно утяжеляет течение и исход ЧМТ, кроме того, затрудняет проведения необходимых лечебно-диагностических и реанимационных мероприятий [2, 4, 5, 8, 9, 13, 15, 19]. В наших наблюдениях состояний алкогольного опьянения отмечены у 20,6% пострадавших с ЧМТ.

В клинической и судебно-медицинской практике нередко наблюдается повторная ЧМТ. Следует отметить, что повторная тяжелая ЧМТ, в отличие от первичной подобной травмы, характеризуется более тяжелым течением и более высокой летальностью [1, 10, 11, 16]. В связи с этим, своевременность и качества оказания медицинской помощи пострадавшим с ЧМТ, существенно влияет на течение и исход травмы. Следовательно, изучение качества медицинской помощи, контроль и совершенствование её является основной задачей современной клинической медицины [5, 7, 10, 17, 21].

В условиях тяжелой ЧМТ в большинстве случаев (98,2%) наблюдается субарахноидальное, затем-субдуральные (60,0%) кровоизлияния. Характер поражений структуры головного мозга (ГМ) могут имеет зависимость от механизма и вида травмы. При падениях с высоты преобладает ушибы ГМ (46,1%), в то же время при ДТП – в основном наблюдается кровоизлияния в веществе мозга (67,7%) и всех желудочков (42,7%) травмах преобладает переломы костей свода черепа [2, 6, 8, 11, 13, 17]. В наших наблюдениях эпи-и субдуральные гематомы преобладали в лобно-височно-затылочной части, а субарахноидальное кровоизлияния были распространёнными, многооскольчатые переломы костей черепа протекали с размягчениями вещества мозга.

В последние годы совместными усилиями ведущих ученых и специалистов в области нейрохирургии и судебной медицины, впервые разработаны учения о последствиях ЧМТ, даны дефиниции понятий «последствия» и «осложнения»

ЧМТ. Разработаны клинико-морфологическая классификация, учитывавшая тканевых, ликвородинамических и сосудистых последствий ЧМТ [5, 9, 18]. К последствиям отнесены стойкие нарушения анатомической целостности головного мозга, его оболочек и костей черепа формируемые при любом виде ЧМТ. Морфологические проявления последствий ЧМТ подразделяется на 3 группы: 1-тканевые или мозговые, например атрофия, рубцы, спайки; 2-ликвородинамические – ликворея, ликворома и др; 3-сосудистые-ишемия, тромбоз и др.. А осложнения ЧМТ-это состояния. Присоединившиеся к травме, например, гнойно-воспалительные процессы, аневризма, арахноидиты, эпилепсии и т.д. [3, 7, 10]. Эти данные диктуют о необходимости регулярного анализа характера, течения, осложнении и последствий ЧМТ.

Выводы:

1. В составе механической травмы ЧМТ составляет 58,0%, в происхождении которой ведущие места занимают автомобильная травма (65,4%), затем –воздействия различных тупых предметов (19,6%). ЧМТ наблюдались преимущественно у лиц мужского пола (79,0%), в возрастном аспекте преобладали люди самого трудоспособного возраста – 18-60 лет (70,2 %). У 38,9% погибших имело место ЧМТ без поражений костных структур, а у 69,1% погибших - ЧМТ протекала с переломами костей черепа. У 20,6% пострадавших ЧМТ формировалась протекала на фоне алкогольного опьянения различной степени;

2. Переломы костей черепа при ЧМТ чаще всего (44,5%) охватывали всех костей черепа с переходом в основание его, что указывают о наиболее тяжелом течение ЧМТ у этой категории. В связи с этим пострадавшие с ЧМТ в 62,4% случаев погибали на местах травмы в остальных – 37,6% случаях летальность пострадавших наступила в ближайших лечебно-профилактических учреждениях в течении от 1-2 суток-до11-12 суток после травмы;

3. Эпи- и субдуральные гематомы в объеме от 70,0- 80,0% см³ до80,0-160,0 см³, чаще всего отмечались в лобно-височно-затылочной части. В процессе операций гематомы, расположенные на своде и в боковых частях больших полушаров были удалены, однако гематомы, расположенные у основании мозга и в области стволовой части почти во всех случаев не были удалены в процессе нейрохирургических вмешательств, что и привело к лизису ткани мозга в зоне поражения. Субарахноидальные кровоизлияния в большинстве случаев были распространенными и в зонах ушибов – наиболее интенсивными, при многооскольчатых переломах в зонах ушибов выявлялись и размягчений вещества мозга.

4. В раннем периоде травмы смерть пострадавших с ЧМТ наступила от тяжелого ушиба моз-

га, затем – от отека и набухания, а в последующих сроках травмы (недели и более) выявлялись инфекционные осложнения – менингит и менингоэнцефалит. К наступлению смерти способствовали сочетанные травмы груди, живота и опорно-двигательного аппарата.

5. Приведенные данные могут быть учтены при оказании медицинской помощи больным с ЧМТ, а также в процессе проведения судебно-медицинских экспертиз случаев травмы головы.

Литература:

1. Гусев А.О. Научное обоснование повышения эффективности работы стационара в условиях рыночной экономики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 1998. 18 с.
2. Егоров А.Ю. Алкоголизм в позднем возрасте: гендерный аспект // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. № 9. (106). С. 17–21.
3. Каджая Н.В., Семисалов С. Я. Тяжелая повторная черепно-мозговая травма // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Поленовские чтения». СПб., 2005. С. 59–60.
4. Каримов Р.Х., Данилов В.И., Панкова В.П. Эпидемиологические аспекты своевременности оказания медицинской помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой // Неврологический вестник. 2006. Т. XXXVIII, вып. 1/2. С. 28–34.
5. Карпов С.М., Копыл А.В., Малченк Н.И., Вышлов И.А, Гандылян К.С. Особенности развития отека головного мозга в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы в разных возрастных группах. Журнал судебная медицина том 2 no1, феврал 2016,с.
6. Клевно В.А., Кононов Р.В., Чирков О.Ю. Анализ структура черепно-мозговой травмы (по данным Алтайского краевого бюро СМЭ за 2000 года)Алманах судебной медицины N 2 (2001), стр.74-78
7. Клинические особенности сочетанной черепно-мозговой травмы / О.В. Могучая, В.В. Щедренко, Е.В. ХачатуроваТавризян, И.А. Соваков // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Поленовские чтения». СПб., 2008. С. 61–62.
8. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме: / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов [и др.]. М.: Антидор, 2002. Т. 1. 550 с.
9. Колесников Е.С. Структура тяжелой сочетанной краниоторакальной травмы в городе Омске // Тез. Всерос. науч.-практ. конф. «Поленовские чтения». СПб., 2008. С. 54–55.
10. Крылов В.В., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В. Выбор трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы // Вопросы нейрохирургии. 2007. № 1. С. 11–16. .

11. Лихтерман Л.Б. Классификация черепно-мозговой травмы. Часть I. Предпосылки и история. Журнал «Судебная медицина», ТОМ 1 №1, 2015, с. 42-45
12. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Филатова М.М. Сотрясение головного мозга: тактика лечения и исходы. М.: ИП «Т. М. Андреева», 2008. 159с
13. Некоторые аспекты черепно-мозговой травмы у пострадавших с острой и хронической алкогольной интоксикацией / В.Г. Валерко, В.П. Берснев, С. А. Морозов [и др.] // Тез. Всерос. науч.-практ. конф. «Поленовские чтения». СПб., 2009. С. 37–38. 19.
14. Потапов, В.А., Клевно В.А., Охлопков В.А. Последствия черепно-мозговой травмы. Журнал судебная медицина наука | практика | образование. www. Судебная медицина. РФ • Том 2 No4, декабрь 2016
15. Сабиров Д.М., Россталная А.Л., Махмудов М.А. Эпидемиологические особенности черепно-мозгового травматизма. Шошилиштиббихтаборотномаси, 2019, 12 т., №2 с.61-66
16. Сергеев В.А. Сравнительное клинко-психологическое исследование больных с отдалёнными последствиями черепно-мозговой травмы, осложнёнными алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 2006. 32с.
17. Фейгин А.В., Золотенкова Г.В., Горелкин Д.Г., Романко Н.А., Тархнишвили Г.С. Конструкционные переломы свода черепа с резко выраженными дегенеративными изменениями костной ткани. Журнал «Судебная медицина», ТОМ 1 №1, 2015
18. Шеховцова К.В., Шеховцов В.И., Кондаков Е.Н. Эпидемиология черепно-мозговой травмы и организация медицинской помощи пострадавшим в Ставропольском крае // Нейрохирургия. 2006. № 3. С. 59–63.
19. Шукри А.А., Берснев В.П., Рябуха Н.П. Эпидемиология черепно-мозговой травмы в г. Аден, Йемен // Нейрохирургия. 2006. № 1. С. 50–52.;
20. Rosstalnaya A.L. Effect of respiratory support on cerebral hemodynamics in patients with severe traumatic brain injury; a randomized controlled trial. WidSci 2017; 38 (24): 45-9
21. Zador P. L. Alcohol related relative risk of fatal driver injuries in relation to driver age and sex // J. Stud. Alcohol. 1991. Vol. 52. P. 302–310.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Индиаминов С.И., Норкулов У.Ф.

Резюме. Цель исследования – выявление характера поражений структуры головы при летальных исходах ЧМТ. Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов судебно-медицинской экспертизы трупов при механической травме, выполненные за последние 5 лет в Самаркандском филиале Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы МЗ РУз. Изучены материалы обстоятельства травмы, заключений СМЭ, медицинские карты и результаты дополнительных исследований. Полученные данные подвергнуты статистической обработке. Полученные результаты: в происхождении ЧМТ ведущее место занимают автомобильная травма (65,4%) и воздействия различных тупых предметов (19,6%). У 30,9% погибших имело место ЧМТ без поражений костных структур, а у 69,1% погибших - ЧМТ протекала с переломами костей черепа. Пострадавшие с ЧМТ в 62,4% случаев погибали на местах травмы, в остальных – 37,6% случаях летальность пострадавших наступила в ближайших лечебно-профилактических учреждениях в течение: 1-2 суток-17,0%, 3-4 - 20,0%, 5-6 – 26,0%, 7-8 –19,0%, 8-10 – 8,0%, 11-12 суток – 10,0%. У 20,6% пострадавших ЧМТ протекала на фоне алкогольного опьянения различной степени. Переломы костей черепа при ЧМТ в большинстве случаев (36,0%) охватывали всех костей черепа с переходом в основание его, которые сопровождалась подболоочечными кровоизлияниями, а иногда и травматизацией структуры мозга, что указывает о наиболее тяжёлом течении ЧМТ у пострадавших. Выводы: ЧМТ наблюдали с преимущественно у лиц мужского пола (79,0%), женщины составили – 21,0%, в возрастном аспекте преобладали люди самого трудоспособного возраста – 18-60 лет (70,2 %). Переломы костей черепа при ЧМТ отмечены у 69,1% пострадавших, которые чаще всего (36,0%) охватывали всех костей черепа с переходом в основание его. Пострадавшие с ЧМТ в 62,4% случаев погибали на местах травмы в остальных – 37,6% случаях летальность пострадавших наступила в ближайших лечебно-профилактических учреждениях в течение от 1-2 до 11-12 суток. В раннем периоде травмы смерть пострадавших с ЧМТ наступила от тяжёлого ушиба, отека и набухания мозга, в последующих сроках травмы выявлялись инфекционные осложнения – менингит и менингоэнцефалит. Наступлению смерти способствовали сочетанные травмы груди, живота и опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, течения, осложнения, летальность, причины.