

РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ВІДКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Маренкова О.Є.¹, Ксензов Є.О.¹, Туманська Л.М.², Зубко М.Д.²

Запорізьке обласне бюро судово-медичної експертизи¹
Запорізький державний медичний університет²

Резюме: у статті описаний рідкісний випадок збройового поранення, що супроводжувався відкритою черепно-мозковою травмою, характеристика травмуючого предмету та тактика ведення хворого нейрохірургами.

Ключові слова: відкрита черепно-мозкова травма, гарпун.

ВСТУП. Згідно з літературними даними, не летальні пошкодження лица та головного мозку займають одне з провідних місць (не менше 70%) [1] серед загальної кількості травм. Вивчення збройних поранень в мирний час (ЗПМЧ) в основному вчені стали здійснювати з 1990 року [2]. Це обумовлено тим, що до 1990 року хворих з ЗПМЧ за рік потрапляло не більше двох поранених, тому й інтерес вони не викликали. Після 1992 року кількість подібних травм стрімко зросла, що потребувало концентрації уваги на особливостях діагностики та лікування подібних потерпілих.

Під збройним пораненням розуміють поранення, нанесене з будь-якої вогнепальної зброї або пристрою (лук, арбалет, пневматична зброя або пістолет, рушниця для підводного полювання, виробничі пристрої (дюбель) та ін.), снаряд з якого, не залежно від його типу (куля, стріла, металевий стержень та ін.) випускається за допомогою будь-якого виштовхувального пристрою, непов'язаного з вибухом (пружина, тятива, стиснуте повітря) [2].

В мирний час, в перші дві години після поранення до нейрохірургічного стаціонару потрапляє 78,8% [4] поранених, а пізніше семи годин з моменту поранення, вони взагалі не потрапляють або такі потрапляння є одиничними та складають десяті та соті долі відсотку. Поранення черепа та головного мозку в мирний час у більшості випадків представлені двома клінічними формами [5]: відкриті переломи склепіння та основи черепа, що супроводжуються пошкодженням оболонок головного мозку, та проникаюче вогнепальне черепно-мозкове поранення.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

При проведенні судово-медичного дослідження (обстеження) у нашій практиці мав місце випадок відкритої черепно-мозкової травми, у вигляді одиночного проникаючого поранення правої частини голови металюною зброєю (гарпуном).

Кінетична енергія гарпуна була високою, що дозволило йому, пробивши лобну кістку, пройти через порожнину черепа та вийти з неї через потиличну кістку на 2,0 см, та зафіксуватися вістрям серед її фрагментів.

Особливістю травмуючого снаряду була ускладнена його інженерна конструкція, що складалася з основного стержня довжиною 40,0 см з діаметром 0,9 см та з'ємного вістря, що накручується, довжиною 5,0 см, з пелюстками, які рухалися та перешкоджали вилученню гарпуна.

Клінічний опис:

Хворий П. потрапив до приймального пункту 02.03.2001 року о 8:50 год. Зі слів родичів, приблизно за час до потрапляння отримав поранення в голову в результаті пострілу з рушниці для підводного полювання від невідомого. Знайдений за місцем проживання на сходах без свідомості.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Свідомість порушена по типу глибокого оглушення. Практично не контактує. Положення пасивне на спині. АТ 140/100 мм.рт.ст. Пульс 86 уд/хв.

Місцево: чужорідне тіло голови у вигляді гострого металевого предмету (гарпун 0,9 см у діаметрі, довжиною 45,0 см). Вхідний рановий отвір - права надбрівна область, вихідний-права потилична ділянка, з рани помірно виділення ліквору та крові.

Неврологічний статус: симптом Керніга під кутом 160 С°, зрачки рівномірні, фото реакція знижена, очні яблука - плаваючі, парез погляду вліво, слабкість лицевих м'язів зліва по центральному типу, рефлекс з рук вище зліва, колінні рефлекс торпедні, лівосторонній глибокий геміпарез, с-м Бабінського (+) з обох боків.

На рентгенограмі черепа видно чужорідне тіло (гарпун) в правій половині голови. Хворий прооперований.

Спершу хірургічній обробці підлягло місце виходу гарпуна з порожнини черепа. Після обробки операційного поля, шкіра в місці виходу гарпуна була зрізана, скелетована кістка, краї рани розведені, при цьому знайдені уламкові пошкодження кістки в потиличній ділянці, розмірами 4,0x3,5 см, що фіксує стороннє тіло (вістря гарпуна). Проведена резекція кісткових уламків, гарпун продвинули по рановому каналу, при цьому

звільняли його пелюстки, що розклинилися, після чого вістря гарпуна викрутили та видалили, стержень гарпуна був вільно видалений у зворотному напрямку. Травматичний розрив твердої мозкової оболонки склав 1,0 см. Після її додаткового розсічення проведена ревiзiя субдурального простору, гематоми не було, підлеглий мозок забитий, помірно набряклий з вихідним отвором ранового каналу діаметром 1,0 см. Проведена ендоскопічна ревiзiя ранового каналу з промиванням розчинами антисептиків, видалення мозкового детриту, мілких згустків крові та кінцевим гемостазом. Проведена первинна пластика дефекту твердої мозкової оболонки частиною апоневрозу, дренажування та зашивання шкірної рани наглухо.

Наступним етапом операції стала хірургічна обробка вхідного отвору, розташованого в правій лобній ділянці на 2,0 см вище середньої частини верхнього краю орбіти. Шкірна рана мала округлу форму діаметром 1,2 см. Краї рани зрізані, рана подовжена до 4,0 см. При огляді – знайдений дірчатий перелом лобної кістки діаметром 1,5 см, що проходить через верхній край лобної пазухи. Підлеглий розрив твердої мозкової оболонки склав 1,0 см. При огляді субдурального простору гематоми не виявлено, підлеглий мозок має набряк та набряк. З ранового каналу були видалені дрібні уламки кістки, шматочки шкіри та твердої мозкової оболонки; рановий канал промитий, проведена пластика твердої мозкової оболонки, дренажування, накладений глухий шкіряний шов. Перебіг післяопераційного періоду рівномірний. Відмічалось швидке зменшення загально- мозкової симптоматики. Рани загоїлися первинним натягом. Шви були зняті на 7 добу. До моменту виписки (на 25 добу): свідомість ясна, контакт продуктивний, підтримується легкий парез лівого лицевого нерву за центральним типом та легкий лівосторонній геміпарез, порушень з боку органів чуття не виявлено.

ВИСНОВОК

Все вищевказане свідчить, що морфологічною особливістю даної травми є не тільки обширне поранення головного мозку по ходу ранового каналу, з непошкодженими при цьому магістральними судинами головного мозку, але й відсутність зони молекулярного потрясіння в прилеглих тканинах, що є характерним для вогнепального поранення.

Література

1. **Арутюнов А.И.** Руководство по нейротравматологии. – М.: Медицина. – Ч.2.- 1979. – 244 с.
2. **Грязин В.И.,** Лисовой А.С. Судебная баллистика и судебно-медицинские исследования при огнестрельных повреждениях. – К.: Атика, 2012.- 112 с.
3. **Коновалов А.Н.,** Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Нейротравматология. Справочник.- М.: Вазар-Ферро, 1994. – 532 с.
4. **Лебедев В.В.,** Крылов В.В. Оружейные черепно-мозговые ранения мирного времени. -М.: Медицина, 2001. – 124 с.
5. **Лебедев В.В.,** Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 314 с.

УДК 347.63:[340.64:57.083.3]

ДО ПИТАННЯ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРТИЗИ СПІРНОГО БАТЬКІВСТВА З ВИКОРИСТАННЯМ ІМУНОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ. ВИПАДОК З ПРАКТИКИ.

Дем'янчук А.П.¹, Туманська Л.М.², Зубко М.Д.²

ДУ Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України¹
Запорізький державний медичний університет²

Резюме: у статті описаний випадок проведення експертизи спірного батьківства з використанням імунологічних методів дослідження де мав місце рідкісний генотип гаптоглобіну.

Ключові слова: генотип, фенотип, гаптоглобін.

ВСТУП: на даний час, на жаль, найбільш достовірні методи дослідження (ДНК-дослідження) проводяться тільки в окремих бюро судово-медичної експертизи. Тому при проведенні експертизи спірного батьківства все ще доводиться застосовувати традиційні серологічні методи, які основані на чітко визначеному