

# СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ

Хайруллаев А.П.<sup>1</sup>, Исламов Ш.Э.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Хайруллаев Алишер Пайзуллаевич – резидент магистратуры;

<sup>2</sup>Исламов Шавкат Эржигитович – доктор медицинских наук, доцент,  
кафедра судебной медицины,

Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** проведено освидетельствование живых лиц с ожоговой травмой, из числа которых 21 исследованы в судебно-амбулаторном отделе (I группа), остальные в отделении комбустиологии (II группа). Выявлено, что ожоговая травма в основном возникает из-за воздействия высокой температуры (пламени, горючей жидкости), в гендерном отношении преобладает у мужчин работоспособного возраста. Для определения площади поражения необходимо учитывать площадь ожоговой поверхности, при этом нужно отдельно определять площадь глубины поражения. Степень тяжести телесных повреждений вследствие действия высоких температур необходимо оценивать по длительности расстройства здоровья или размерам стойкой утраты общей трудоспособности.

**Ключевые слова:** ожоговая травма, причины, площадь ожоговой поверхности, степень тяжести телесных повреждений, судебно-медицинские критерии.

**Актуальность.** В современном мире отмечен постоянный рост числа пожаров в жилых и производственных помещениях, на транспорте, что приводит к травмированию и нередко к летальным исходам [4,13]. Согласно данным сводных отчетов о деятельности территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации при пожарах от действия термической травмы и отравления угарным газом погибло в 2000 году 15 918 человек, а в 2008 - 16 416, что составляет около 3% от числа всех судебно-медицинских вскрытий [5]. Аналогичная ситуация характерна для Республики Таджикистан [11]. К настоящему времени достаточно подробно изучены причины, патогенез, патоморфоз [6, 12], клинико-морфологические особенности [1, 10], эпидемиология термической травмы [5], сочетанное воздействие термического фактора и угарного газа [7, 9], повреждения от механического воздействия падающих частей горящего сооружения и различных предметов [2, 11]. За последнее время в экспертной практике отмечается рост случаев травмы от воспламенения горючих жидкостей на теле человека, но исследования в этом направлении практически не проводятся [8].

Повреждения, возникшие от термической травмы и допускаемые при этом дефекты диагностики и лечения часто приводят к смерти, либо к инвалидности [2, 13]. В связи с большим значением проблемы гибели людей от термической травмы, существует потребность разработки морфологических критериев оценки повреждений, методики определения соответствия обстоятельств и условий травмы результатам судебно-медицинской экспертизы трупа [10]. По данным других исследователей, количество трупов со смертельной термической травмой за 5 лет (с 2003 по 2007 гг.) к общему количеству исследованных трупов в процентах составило 5,73 %, количество экспертиз, выполненных по определению причиненного вреда здоровью в связи с действием крайних температур у живых лиц составило в среднем около 0,6 % от общего количества выполненных экспертиз [3, 5]. Необходимо отметить, что термическая травма требует особого научно-методологического подхода при определении степени тяжести причиненного вреда здоровью, так как является нередким видом судебно-медицинского исследования.

**Цель исследования** – выявление судебно-медицинских критериев ожоговой травмы.

**Материалы и методы исследования.** Наши исследования выполнены на практическом судебно-медицинском материале. Все они являются результатами судебно-медицинских экспертиз, проведенных в Самаркандском областном филиале Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы, за 2015 -2019 годы. В ходе исследования проведен анализ актов судебно-медицинского исследования живых лиц и заключений экспертов, а также освидетельствование живых лиц. Исползованный материал в основном является собственным наблюдением, и проведены совместно с другими экспертами. Макроскопическое исследование выполняли, используя традиционные методики. Также проводилось исследование больных, находившихся на стационарном лечении в отделении комбустиологии Самаркандского областного филиала Республиканского научно-практического центра экстренной медицины, с изучением историй болезни. Из общего числа освидетельствованных при термической травме лиц –60 случая, из числа которых 21 исследованы в судебно-амбулаторном отделе (I группа), остальные в отделении комбустиологии (II группа). Среди них было 19 женщин и 41 мужчин в возрасте от 6 до 69 лет.

Во всех исследуемых случаях, констатированы термическая травма с несмертельным исходом. При данном виде травмы отмечалось преобладание повреждений головы, шеи, грудной клетки, верхних и нижних конечностей. Все лица были освидетельствованы в судебно-амбулаторном отделе в сроки более 1 суток и больше после травмирования, отдельные после прохождения стационарного лечения. В отделении комбустиологии освидетельствование проводилось в разные сроки нахождения на стационарном лечении.

По анамнестическим данным все освидетельствованные до травматизма считались здоровыми и трудоспособными людьми. Заболевания, которые были обнаружены у живых лиц отмечались у пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении комбустиологии Самаркандского областного филиала Республиканского научно-практического центра экстренной медицины.

**Результаты исследования.** Среди всех наблюдений термической травмы отмечено 32 случая от пламени (53,3%) и 13 случаев травмы от воспламенения горючей жидкости (25,0 %). Также были выявлены электроожоги 6 (10,0%) и контактные 4 (6,7%). В 6 наблюдениях травма от воспламенения горючей жидкости наступила на производстве, в 4 наблюдениях (13,95 %) - дорожно-транспортные происшествия, при которых отмечалось воздействие горючих жидкостей (бензин) и в 5 случаях в быту. Травмированные от термической травмы первой группы в 12 наблюдениях (63,8 %) проживали в сельской местности, а в 9 случаях (36,2 %) в городской местности. В 41 наблюдениях (66,5 %) на теле выявлена особая кольцевидная форма ожогов с лепестками, ориентированными параллельно или перпендикулярно длиннику тела. Ожоги часто занимали площадь от 25 до 80 % поверхности тела.

В небольшой части (3) стационарных наблюдений отмечено сочетание термической травмы с механическими повреждениями, которые не могли быть причинены самими погибшими. При таких обстоятельствах проводилась отдельная оценка степени тяжести телесных повреждений.

При исследовании выявлено, что количество больных с общей площадью ожога распределилось следующим образом: 20-29% - 10 (16,7%), 30-39% - 8 (13,3%), 40-49% - 11 (18,3%), 50-59% - 13 (21,7%), 60-69% - 9 (15,0%). При этом площадь глубоких ожогов выглядела в следующем порядке: 10-19% - 12 (20,0%), 20-29% - 10 (16,7%), 30-39% - 16 (26,7%), 40-49% - 9 (15,0%), 50-59% - 8 (13,3%). При выявлении особенностей отмечено, что у лиц I группы общая площадь ожога в 5 случаях (23,8%) составила до 10%, в 6 случаях 31-40% (28,6%). Также необходимо отметить, что в 5 случаях (23,8%) в заключении площадь ожога не указана.

О свидетельствуемые I группы по степени ожога распределились следующим образом: I-я степень ожога наблюдалась у 2-х лиц (9,5%), I-II и III-я, III АВ степень по 4 (19,0%). II-III и II-III степень по 3 (14,3%). При анализе нахождения пациентов I группы в стационаре выявлено следующее: до 10 дней 9 лиц (42,9%), 11-20 дней - 5 (23,8%), 21-30 дней - 1 (4,8%), свыше 30 дней 2 (9,5%), не обращались за медицинской помощью 4 (19,0%).

При анализе структуры локализации ожогов выявлены следующие особенности. Так у о свидетельствуемых лиц I группы они распределены в следующем порядке: голова, шея (19,0%), туловище, конечности (19,0%), верхние конечности (19,0%), нижние конечности (14,3%). А у больных II группы, находившихся в стационаре распределены следующим образом - туловище, конечности (30,8%), голова, конечности (28,2%), туловище (15,4%), нижние конечности (12,8%). При непосредственном анализе локализации повреждений отдельно по областям у лиц I группы они распределены в следующем порядке: голова (15,6%), шея (10,0%), верхние конечности - плечо (11,1%), локоть (14,4%), кисть - (10,0%), туловище - грудная клетка (10,0%), область живота (5,6%), нижние конечности - бедро (10,0%), голень (8,9%), стопа (2,2%), ягодичная область (2,2%).

При освидетельствовании лиц I группы отрицали наличие или развитие сопутствующей патологии и их осложнений. В частности, при освидетельствовании лиц II группы выявлены следующие патологии - общий атеросклероз, коронарокардиосклероз (15,4%), гипертоническая болезнь (25,6%), ИБС (12,8%), сахарный диабет (17,9%), хронический бронхит, эмфизема легких, пневмосклероз (12,8%), туберкулез легких (2,6%), заболевания ЖКТ (язвенная болезнь ДПК и желудка, хронический гастрит) (12,8%). Проведен также анализ постоперационных осложнений, развившихся у лиц с термической травмой, находившихся на стационарном лечении.

1. Одним из частых постоперационных осложнений явилось нагноение донорской области. Так как в постоперационном периоде донорская область недостаточно обрабатывалась.

2. Пневмония в основном наблюдалась у лиц с ожогом верхних дыхательных путей и находившихся длительно в лежачем состоянии.

3. Лизис аутоотрансплантата отмечался у больных с локализацией ожогов на задней поверхности туловища, которые длительно находились в лежачем положении на этой поверхности, что способствовало смещению трансплантата и частичному его лизису.

В более позднем посттравматическом периоде среди непосредственных осложнений чаще всего встречаются пневмония, сепсис, почечно-печёночная недостаточность, ДВС-синдром, кровопотеря в результате кровотечения из острых язв желудка, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отёк лёгких и головного мозга и т.д.

При определении степени тяжести телесных повреждений у о свидетельствуемых лиц в I-й группе отмечено следующее - легкие телесные повреждения без расстройства здоровья у 2-х лиц (9,5%), легкие с расстройством здоровья у 7-х лиц (33,3%), средней тяжести 1 (4,8%), тяжкие 10 (47,6%). В одном случае (4,8%) степень тяжести не указана.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные исследования свидетельствуют о том, что термическая травма в основном возникает из-за воздействия высокой температуры (пламени, горючей жидкости), в гендерном отношении преобладает у мужчин работоспособного возраста. Для определения площади поражения необходимо учитывать площадь ожоговой поверхности можно определить (в процентах к

поверхности тела); при этом нужно отдельно определять площадь глубины поражения. Степень тяжести телесных повреждений вследствие действия высоких температур необходимо оценивать по длительности расстройства здоровья или размеров стойкой утраты общей трудоспособности. Выявленные при термической травме сопутствующие патологии (заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет и т.д.) приводят к замедлению заживления ожоговой поверхности, развитию осложнений (нагноение и т.д.), а также обострению вышеуказанных заболеваний. Поэтому эти особенности необходимо учитывать при определении степени тяжести телесных повреждений, особенно по критерию длительности расстройства здоровья.

#### *Список литературы*

1. *Авазов А.А. и др.* Ожоговый шок: патогенез, клиника, принципы лечения // Проблемы биологии и медицины. С. 226.
2. *Бабажанов А.С. и др.* Выбор методов хирургического лечения у больных с термическими ожогами // Science and World, 2013. С. 23.
3. *Гиясов З.А., Исламов Ш.Э.* Установление мест допущения дефектов медицинской помощи // Судебная медицина, 2019. № 1. С. 29-32.
4. *Хаджибаев А.М., Фаязов А.Д.* Организация медицинской помощи обожженным в системе экстренной медицины в Республике Узбекистан // Скорая медицинская помощь. Мат. межд. конф. «Актуальные проблемы термической травмы». СПб.(20-22 июня), 2006. № 3. Т.7. С. 37-38.
5. *Хайруллаев А.П., Давронов С.Ф., Мухаммадиев Ф.Н.* Судебно-медицинские аспекты термической травмы // Проблемы медицины и биологии, часть 2, 2019. Кемерово. С. 214-216.
6. *Хакимов Э.А. и др.* Полиорганная недостаточность при ожоговой болезни: проблемы диагностики, профилактики и лечения. // Клиническое руководство. Самарканд, 2018. 233 с.
7. *Хакимов Э.А. и др.* Интенсивная терапия полиорганной недостаточности у тяжелообожженных // Проблемы биологии и медицины. С. 114.
8. *Шакиров Б.М. и др.* Тактика лечения сандаловых ожогов стопы // Вопросы травматологии и ортопедии, 2012. № 2. С. 24-26.
9. *Шакиров Б.М. и др.* Раннее хирургическое лечение глубоких ожогов тыльной поверхности стопы // Вестник экстренной медицины, 2011. № 2.
10. *Шамсиев А.М. и др.* Лечение ожогов пищевода и их осложнений у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2011. № 1.
11. *Юнусов О.Т. и др.* Современный подход к лечению пациентов с глубокими ожогами // Достижения науки и образования, 2019. № 11 (52).
12. *Islamov Sh.E.* Subjectivity in defects in rendering medical aid // European science review, Vienna, 2018. № 11-12. P. 95-97.
13. *Khairullayev A., Islamov Sh., Davronov S.* The structure of thermal injury in forensic material service // Материалы Международной научно-практической конференции «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации». Переяслав-Хмельницкий, 2019. С. 541-543.