

Судово-медичні аспекти ураження нервової системи

М.М. Прокопів, Б.В. Западнюк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Медицина, як і будь-яка інша галузь людської діяльності, може розвиватися лише у правовому полі. Розвиток медичного права базується на регламентації стосунків лікаря з пацієнтом, що забезпечує правовий захист надання якісної медичної допомоги. У разі конфліктів під час слідства чи суду провідну роль відіграє висновок судово-медичної експертизи. Первинну експертизу проводять експерти територіального бюро судово-медичної експертної служби, повторну — там само або в Державній судово-медичній експертній службі України; часто проводять комплексну експертизу із залученням різних спеціалістів. На лікаря-невропатолога покладена відповідальність не лише з обстеження, встановлення діагнозу і призначення лікування, але і щодо захисту прав постраждалого в разі нанесення пошкоджень іншою особою. Нерідко виникають випадки, коли внаслідок травми від результату первинного огляду пацієнта залежить висновок судово-медичної експертизи, тобто судові рішення і долі причетних людей.

Коли французький анатом Антуан Петі (Antoine Petit) 250 років тому запропонував поділити закриту черепно-мозкову травму на струс, забій і стиснення головного мозку (ГМ), то ніхто і не підозрював, що така класифікація «маленького» лікаря переживе століття (*фр. petit* — маленький). Дифузне аксональне пошкодження ГМ, додане в класифікацію останніми роками, лише доповнило наші уявлення про патогенез таких травм.

Однією з особливостей пошкоджень ГМ є поліморфізм клінічної симптоматики від малопомітних ознак до небезпечних для життя. Відмічаються випадки, коли травматичний крововилив між зовнішнім листком мозкової оболонки й кісткою опуклої поверхні черепа внаслідок розриву венозного синуса веде до утворення субдуральної гематоми, яка внаслідок особливостей клінічного перебігу нерідко закінчується трагічно. Такий венозний крововилив повільний, головний біль спочатку може бути незначним, а патологічна неврологічна вогнищева симптоматика відсутня. Відповідно, травмований може продовжувати свої буденні справи, працювати, не звертаючи уваги на «незначну» травму. Навіть звернення до лікаря не допоможе визначити ступінь загрози для життя, якщо не обстежити постраждалого за допомогою методів нейровізуалізації (магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія). Рентгенографія черепа не допомагає виявити гематому. Період тимчасового благополуччя, який триває години і супроводжується збільшенням розмірів гематоми, невдовзі закінчується, і розвивається галопуюча симптоматика компресії ГМ, яку можна зупинити виключно терміновою трепанацією черепа з видаленням гематоми.

З іншого боку, підтвердження діагнозу струсу ГМ теж нерідко викликає труднощі через недостатність патогномічної симптоматики.

Для прикладу наводимо два випадки проведення експертної оцінки неврологом з правомірності встановлення діагнозу струсу ГМ. У першому випадку молодий чоловік звертався по медичну допомогу двічі: у день отримання травми і через 5 днів. Аналіз медичної документації виявив зафіксовані лікарем при первинному огляді такі зміни в неврологічному статусі, як відсутність рогішкових та кон'юнктивальних рефлексів, наявність субкортикальних рефлексів та легка анізорексія. Діагностовано струс

ГМ. Другий огляд невролога не виявив змін у неврологічному статусі пацієнта, і діагнозу струсу ГМ лікар не встановлював. У цьому випадку для проведення експертної оцінки щодо достовірності перенесеного постраждалим струсу ГМ важливими є всі записи лікарів. Зафіксовані при первинному неврологічному огляді зміни можуть підтвердити перенесений ним струс ГМ. Такі клінічні ознаки, як зникнення неорефлексів та поява субкортикальних рефлексів є свідченням порушення ретикуло-кірково-підкіркових зв'язків у разі цього захворювання, і їх можна виявити лише в перші години травми, на відміну від анізорексії, координаторних чи вегетативних порушень, що виявляються впродовж кількох перших днів хвороби. Відповідно, на 5-й день захворювання патологічних змін у неврологічному статусі можна не виявити. У такому випадку діагноз базувався на записах первинного огляду.

У другого пацієнта похилого віку, який був побитий родичем та отримав травму голови, на момент госпіталізації до неврологічного стаціонару описані такі патологічні симптоми: ослаблення конвергенції, виражені субкортикальні рефлексі, вестибулярні та вегетативні порушення. Утім'яній ділянці праворуч наявні підшкірна гематома та садна шкіри обличчя. У його амбулаторній картці є записи про наявність у нього таких захворювань: «Гіпертонічна хвороба 2 ст., кризовий перебіг; ішемічна хвороба серця із стенокардією напруги, функціональний клас 2, кардіосклероз, серцева недостатність 1–2А; дисциркуляторна енцефалопатія 2 ст. з розсіяною неврологічною симптоматикою». Пацієнт знаходився на лікуванні в неврологічному відділенні 15 днів. На момент виписки відмічали деяке суб'єктивне покращення стану, однак змін у неврологічному стані не відбулося. Метою судово-медичної експертизи було відповісти на запитання, чи переніс цей пацієнт струс ГМ. Описані зміни в неврологічному статусі могли бути зумовлені як перенесеним струсом ГМ, так і дисциркуляторною енцефалопатією. Перебіг останньої може також зумовлювати загострення після перенесеної травми голови (з чи без пошкодження ГМ), чи виникнути на тлі перенесеної стресогенної ситуації. Як відрізнити ці два стани? Особливістю неврологічної мікросимптоматики у разі струсу ГМ є те, що вона обов'язково зникає за кілька днів і в жодному разі не може утримуватися 2 тиж, як було за-

фіксовано у цього пацієнта. Крім того, записи в амбулаторній картці та виписці з попереднього курсу стаціонарного лікування засвідчують, що описана у пацієнта симптоматика відмічалася і до останньої госпіталізації, а також зберігалася увесь період останнього лікування. Таким чином, пацієнт не переніс струсу ГМ, а мав забій м'яких тканин голови.

Як приклад важливості правильної діагностики можуть бути труднощі під час диференційної діагностики між пошкодженням шкірних покривів голови, струсом і забоєм ГМ. Відповідно до наказу МОЗ України від 04.07.2007 р. № 370 струс прирівнюється законодавцем до пошкоджень легкого ступеня, а забій ГМ середнього ступеня — до середнього ступеня тяжкості з урахуванням наслідків травми. У разі підозри на психічні відхилення після травми голови психічний статус постраждалого має обстежувати фахівець-психіатр. Після письмового звернення потерпілого до правоохоронних органів передбачене винесення постанови уповноваженим органом з призначенням судово-медичної, судово-психіатричної, судово-наркологічної чи судово-психологічної експертизи. Самостійне звернення за обстеженням до експертних установ дає можливість лише фіксувати наявність пошкоджень у конкретний період, не пов'язуючи сліди травми з причиною їх отримання. Передбачена амбулаторна, посмертна та стаціонарна судово-психіатрична експертиза. За умов профільного стаціонару закон передбачає до 30 діб обстеження для відповіді на запитання, які виникають під час провадження адміністративних, кримінальних та цивільних справ з приводу психічного стану особи. Основним документом щодо надання психіатричної допомоги є Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р. № 1489-III з доповненнями «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» від 2017 р.

Роль лікаря як експерта й учасника судового процесу є незаперечною. Судово-правова невропатологія, як і судова медицина загалом, насамперед призначена для відповідей на запитання, які постають перед правосуддям у процесі судочинства. Особливістю патології нервової системи є те, що водночас зі структурними вадами ГМ розвиваються і порушення психічних функцій, внаслідок чого можуть виникнути розлади, які звужують стан свідомості постраждалого. Базовою особливістю такого стану є вірогідність розвитку звуження свідомості з обмеженням дієздатності чи осудності, що суттєво впливає на вирок суду. Законодавчі рамки окреслюють стосунки хворого, медика та суспільства. Згідно з Кримінальним кодексом, не підлягає кримінальній відповідальності особа, котра під час скоєння суспільно небезпечного діяння знаходилася у стані неосудності, тобто не могла усвідомлювати свої дії (чи бездіяльності) та керувати ними внаслідок хронічного психічного захворювання, тимчасового розладу психіки, недоумства чи іншого хворобливого стану психіки. Як приклад, наводимо випадок скоєння дорожньо-транспортної пригоди (ДТП) громадянином, у якого під час керування транспортним засобом стався напад. Цей громадянин здійснив наїзд на пішохода. Працівники поліції та медики служби екстреної медичної допомоги зафіксували, що учасник ДТП лежав поперек автомобіля, був загальмованим, мав мокру спідню білизну (мимовільне сечовипускання), були сліди піни на одязі та прикушений язик; обставин скоєння наїзду не пам'ятав, був дезорієнтованим. Насправді первинний огляд та результати подаль-

шого стаціонарного обстеження підтвердили наявність у нього структурної епілепсії з генералізованими судомними нападами. Основною рисою такого генералізованого епілептичного нападу є втрата свідомості, що могла тривати від кількох секунд до кількох хвилин. Це і слугувало причиною скоєння ДТП. Цей громадянин і раніше мав такі напади, але не обстежувався і не приймав ліки. То чи був він осудним? Згідно із законом, хворі на епілепсію, що не мають виражених змін психіки, при здійсненні правопорушень у той час, коли не було епілептичних пароксизмів, визнаються осудними і їм призначають лікування на загальних підставах. У цьому випадку правопорушення було здійснено під час нападу в момент втрати свідомості.

Щодо психіатричних захворювань, то не підлягає покаранню особа, котра здійснила злочин у стані осудності, однак до винесення судом вироку захворіла на таке психічне захворювання, яке позбавляє її можливості усвідомлювати свої дії (чи бездіяльності) та керувати своїми діями. У випадках встановлення неосудності суд зобов'язаний визначитися із застосуванням примусових заходів медичного характеру, тобто примусовим лікуванням. Визнання обвинуваченого обмежено осудним не позбавляє можливості покарання, оскільки примусове лікування проводиться в умовах пенітенціарного закладу. Суд обмежений у призначенні тривалості максимального терміну примусових заходів медичного характеру 6 міс. Продовження, як і передчасне припинення примусового лікування можливе теж лише за рішенням суду. Поняття неосудності в кримінальному праві і недієздатності в цивільному праві досить близькі за визначеннями, однак зовсім різні за суттю. Якщо неосудною може бути визнана лише особа, яка вчинила протиправне діяння, то особа, яка визнана недієздатною, не може вчиняти правочини і в майбутньому. Медичні критерії неосудності не завжди співпадають з критеріями недієздатності. На відміну від неосудності, у випадку недієздатності не передбачене застосування примусових заходів медичного характеру.

Останнім часом є багато звернень громадян щодо проведення експертизи з визначення недієздатності осіб. Як приклад, наводимо звернення сина померлого громадянина К., 82 роки, щодо оскарження попереднього рішення з встановлення потреби батька в постійній сторонній допомозі та його здатності самостійно забезпечувати умови свого життя. Син вказував, що здійснював допомогу батькові і претендував на весь спадок. Аналіз представленої медичної документації показав, що громадянин К. переніс 30 років тому травму і через 2 роки на підставі діагнозу «Наслідки травми правої верхньої кінцівки з пошкодженням сухожилля, контрактура суглобів правої верхньої кінцівки» йому була встановлена III група інвалідності безстроково за загальним захворюванням. У подальших записях в амбулаторній картці є ще запис сімейного лікаря про те, що пацієнт за 2 роки до смерті скаржився на слабкість у лівій руці, його спрямовували до невролога, однак подальших записів і звернень не було. Таким чином, наявна медична документація не дає можливості встановити ступінь функціональних порушень та, відповідно, потреби сторонньої допомоги.

Окремим важливим аспектом медичного права є забезпечення дотримання прав та обов'язків пацієнта й медика протягом надання медичної допомоги. У випадку смерті пацієнта чи погіршення стану хворого може виникнути сумнів у компетентності медиків, можливий лі-

карській помилці, злочинній недбалості чи необережності. Формулювання конкретного діяння залежить від того, за яким правопорушенням висунуто звинувачення. Завданням слідства та суду є доведення причинно-наслідкового зв'язку між фактом протиправного діяння і спричиненим нанесенням шкоди здоров'ю. Нанесення шкоди через неухважність, як і неналежне виконання професійних обов'язків є злочинним вчинком, за що передбачене кримінальне покарання. Адміністративна відповідальність передбачає покарання лікувальної установи (юридичного закладу) за неналежне надання медичної допомоги з боку її співробітників. Цивільно-правова відповідальність настає у випадках неналежного виконання службових обов'язків, внаслідок чого виникає порушення цивільних прав іншої сторони, що може бути компенсоване матеріальним відшкодуванням. У такому разі діє принцип презумпції вини заподіювача (лікаря, медичного працівника) шкоди при наданні медичної допомоги. Це означає, що медик повинен доводити свою невинуватість самостійно. Цивільний кодекс передбачає відшкодування матеріальної та моральної шкоди потерпілому.

Юридично-правові суперечки між учасниками правовідносин далеко не завжди доходять до судових розглядів. В окремих випадках можливі казуїстичні випадки. Як приклад ваги медичного діагнозу в підручниках з історії кримінального права згадується графиня Тарновська з Києва, яка маніпулювала своїми коханцями і була звинувачена в навмисному вбивстві одного з них на початку XX ст. Лікар, який виступав на судовому процесі, заледве

не переконав суд у тому, що його пацієнтка страждає настільки тяжкою формою передменструального синдрому з циклічними кровотечами, пов'язаними з фазами Місяця, що повинна бути визнана неосудною. Хоча причина злочину була меркантильною. Останніми роками судово-медична експертиза частіше розслідує випадки з тяжкими ураженнями нервової системи.

Спроби втиснути терапевтичну практику в ложе законодавства не є чимось новим. Ще понад 400 років тому французький філософ-мораліст Мішель Монтень такими словами охарактеризував подібні спроби: «Вирок, який я ставлю самому собі, суворіший і жорстокіший, ніж будь-який судовий вирок, тому що суддя застосовує до мене ту саму мірку, що й до інших, тоді як тиск моєї совісті набагато нещадніший». Адже знання без морального підґрунтя є початком злочину. Недотримання законів загрожує переважно законослухняним.

У випадку домінанти сили над словом вся юриспруденція перетворюється на мотлох подібно до міжнародного права після інтервенції російської федерації в Грузію та Україну. Ставлення до законів та їх дотримання відрізняє кожного з нас. З доісторичних часів нічого не змінилося: «Закони — це павутина, в яку потрапляють малі комахи, тоді як великі її проривають», — такі слова Анахарсиса, нашого далекого предка, відомого скіфа, збереглися до наших днів. Посилаючись на повчання іншого філософа — Сократа, не слід забувати, що, надаючи допомогу хворому, ми вступаємо в такі міжособистісні стосунки, які регламентуються законодавством конкретної країни.