

**ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА СОЧЕТАННЫХ
КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У СОТРУДНИКОВ
ГУ МВД РОССИИ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
(ЗА 2005 – 2011 ГОДЫ)**

И.Н. Козлов,
начальник ВВК ФКУЗ
«МСЧ МВД России
по Иркутской области»

Н.Н. Ведерникова,
врач-эксперт-
отоларинголог

М.А. Поселова,
врач-эксперт-
офтальмолог

Статья посвящена изучению структуры сочетанных травматических повреждений головы и лицевого скелета. Данные повреждения имеют не только медицинское, но и социальное значение. Профилактика травматизма помогает избежать ранней инвалидизации среди сотрудников.

It was studied the structure of combined traumatic injures of the cranial and facial skeleton. In conclusion we may say that cranial-facial injures have not only medical but social problems too. The prophylaxis of traumatism helps to avoid the early disablement among the employees¹.

Последние десятилетия отмечены значительным ростом травматизма как среди гражданского населения, так и среди сотрудников органов внутренних дел. При этом произошло изменение его структуры в сторону увеличения удельного веса сочетанных и множественных повреждений. По данным ряда авторов, особое значение имеют травматические сочетанные повреждения головы, частота которых, колеблется от 15,1%-15,6% [7,8]. Сочетанные краниофациальные повреждения встречаются в среднем в 6,9% случаев [2,7].

Профессиональная деятельность сотрудников органов внутренних дел (ОВД) часто протекает в экстремальных условиях и в ряде случаев приводит к получению травм различных по характеру травматического воздействия, в частности минно-взрывных травм (МВТ) и огнестрельных ранений, приводящих к сочетанному повреждению головы – черепно-мозговые травмы (ЧМТ) и лицевого скелета с повреждением ЛОР-органов, органа зрения. Повреждения краниофациальной области при МВТ отличается от огнестрельных повреждений полиморфизмом.

Цель исследования: изучить структуру сочетанных травматических повреждений головы и лицевого скелета сотрудников Главного Управления Министерства внутренних дел (ГУ МВД) России по Иркутской области.

Материал исследования. Нами было проанализировано 2300 актов медицинского освидетельствования, протоколов по определению степени тяжести полученных травм, заключений на момент увольнения Военно-врачебной комиссии (ВВК) ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Иркутской области» за период с 2005г. по 2011г.

¹ Kozlov I., Poselova M., Vedernikova N. The military-medical examination of the cranial-facial damages in employees of the main department of the Ministry home affairs of Russia in Irkutsk region (2005-2011 years).

Всего было выбрано 13 свидетельств о болезни и 12 протоколов по определению степени тяжести полученной травмы, 4 заключения ВВК на момент увольнения. Общее количество лиц с краниофациальными повреждениями за указанный период составило 14 сотрудников мужского пола, возрастной категории от 23 лет до 50 лет.

Результаты исследования. Среди сочетанных краниофациальных повреждений по характеру травматического фактора выделены неогнестрельные (минно-взрывная травма, механическое повреждение) и огнестрельные травмы, что обусловлено спецификой профессиональной деятельности сотрудников ОВД. Как видно из представленной таблицы № 1 неогнестрельные повреждения краниофациальной области, встречались чаще огнестрельных. Огнестрельные ранения получены сотрудниками ГУ МВД России по Иркутской области в 6 случаях, из них при исполнении служебных обязанностей в 2 случаях (по 1 сотруднику из отряда милиции особого назначения (ОМОН), государственной инспекции безопасности дорожного движения (ГИБДД)).

Краниофациальные неогнестрельные повреждения получены сотрудниками в 8 случаях, из них МВТ в 7 случаях при исполнении служебных обязанностей, из них 2 при выполнении служебно-боевых задач на территории Чеченской Республики (по 1 сотруднику из отряда милиции специального назначения (ОМСН), участковых уполномоченных милиции (УУМ)) - см. табл. 1.

Таблица 1

Распределение сотрудников по видам подразделений, механизму травм, причинной связи заболевания

	Огнестрельные повреждения			Неогнестрельные повреждения		
	При исполнении служебных обязанностей	Не при исполнении служебных обязанностей	Всего	При исполнении служебных обязанностей	Не при исполнении служебных обязанностей	Всего
ОМОН	1		1	1		1
ОМСН				1		1
УУМ				1		1
Патрульно-постовая служба		1	1	1		1
Изолятор временного содержания				1		1
ГИБДД	1		1			
Отдел по борьбе с организованной преступностью				1		1
Уголовный розыск		1	1			
Дежурная часть		1	1			
Следственное		1	1			

Управление						
Штабные подразделения				1		1
Внутренние войска МВД					1	1
Всего	2	4	6	7		8

Наиболее часто за указанный период краниофациальные неогнестрельные ранения получены при исполнении служебных обязанностей в оперативно-боевых подразделениях: ОМОН, ОМСН, ГИБДД, патрульно-постовая служба.

В ходе медицинского освидетельствования сотрудникам с сочетанными повреждениями проводилось обследование, включавшее: осмотр врачом-отоларингологом, врачом-офтальмологом, врачом-неврологом, акуметрию, тональную аудиометрию, консультацию сурдолога, визометрию, рефрактометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, клинко-лабораторное обследование, рентгенологическое обследование, ультразвуковую доплерографию брахиоцефальных артерий, реоэнцефалографию, по показаниям компьютерную или мультиспиральную компьютерную томографию головного мозга, околоносовых пазух, орбит, консультацию челюстно-лицевого хирурга. Характерной особенностью военных конфликтов и террористических актов в настоящее время является широкое использование минно-взрывного оружия, приводящего у 83,4% пострадавших к сочетанным травмам черепа, головного мозга, глаз, ЛОР-органов, челюстно-лицевой области, органов грудной и брюшной полостей и др. [9].

Таблица 2

Локализация травматических повреждений головы и лицевого скелета у сотрудников, получивших сочетанную травму

Локализация сочетанных повреждений		Количество сотрудников
Черепно-мозговые травмы	Сотрясение головного мозга (СГМ)	7
	Ушиб головного мозга (УГМ)	10
Перелом костей свода и основания черепа		5
Перелом костей лицевого скелета (стенки орбиты, околоносовых пазух, скулового комплекса, носовой перегородки, верхней челюсти)		7
Контузия глазного яблока (помутнение роговицы, повреждение хрусталика, гемофтальм, разрыв сетчатки, хориоидеи)		7
Повреждения зрительного нерва		3
Повреждение барабанной перепонки		1
Повреждения слухового нерва		6

При сочетанных повреждениях основное количество приходится на повреждение костей лицевого скелета, учитывая анатомические особенности челюстно-лицевой области, они сопровождались контузией глазного яблока, гемосинусом, повреждением зрительного и слухового нервов, в 3 случаях отмечалось наличие инородных тел мягких тканей лица, орбиты, носовой перегородки (табл. 2). Все повреждения сочетались с черепно-мозговой

травмой: сотрясение головного мозга у 7 сотрудников, ушиб головного мозга разной степени у 10 сотрудников, из них у 3 сотрудников ЧМТ была дважды.

Клиническое течение сочетанных травм, как правило, характеризуется высоким числом осложнений, значительно большим, чем при изолированных повреждениях. Осложнения сочетанных повреждений в виде снижения зрения отмечено у 4 сотрудников (острота зрения снизилась до сотых, в двух случаях острота зрения 0 (ноль)); снижение слуха – у 6 сотрудников (тугоухость 1, 2, 4 степени по 1 сотруднику, 3 степени 3 сотрудника), у 4 сотрудников развилось органическое эмоционально-лабильное расстройство личности, у 1 - симптоматическая эпилепсия в форме редких генерализованных судорожных приступов.

Освидетельствование сотрудников с 2005 года до 14.07.2010г. проводилось в соответствии с Приказом МВД России № 440 от 14.07.2004г., за этот период из 11 сотрудников с краниофациальными повреждениями 1 сотрудник признан «Д» - не годен к военной службе, 9 сотрудников «В» - ограниченно годен к военной службе, что исключало возможность дальнейшего продолжения службы в ОВД. В отношении 1 сотрудника вынесено заключение «А» - годен к военной службе на момент увольнения. 3 сотрудника освидетельствованы в соответствии с Приказом МВД России № 523 от 14.07.2010г. и были признаны не годными в занимаемой должности (2 сотрудника признаны: «В-4» - ограниченно годен к военной службе. Степень ограничения 4. Годен к службе по 4 группе предназначения; 1 сотрудник признан «В-3» - ограниченно годен к военной службе. Степень ограничения 3. Годен к службе по 3, 4 группам предназначения).

Из 14 сотрудников ГУ МВД России по Иркутской области с краниофациальными повреждениями 8 сотрудникам с категорией годности «В» - ограниченно годен к военной службе причинная связь заболевания вынесена в формулировке «военная травма», в 7 случаях оформлена справка на получение единовременного денежного пособия, из них травма двумя сотрудниками получена при выполнении служебно-боевых задач на территории Чеченской Республики. В последующем учреждениями медико-социальной экспертизы была оформлена группа инвалидности 5 сотрудникам ГУ МВД России по Иркутской области.

Таблица № 3

Количество выданных справок для оформления документов на получение ЕДП за 2005 – 2011 гг.

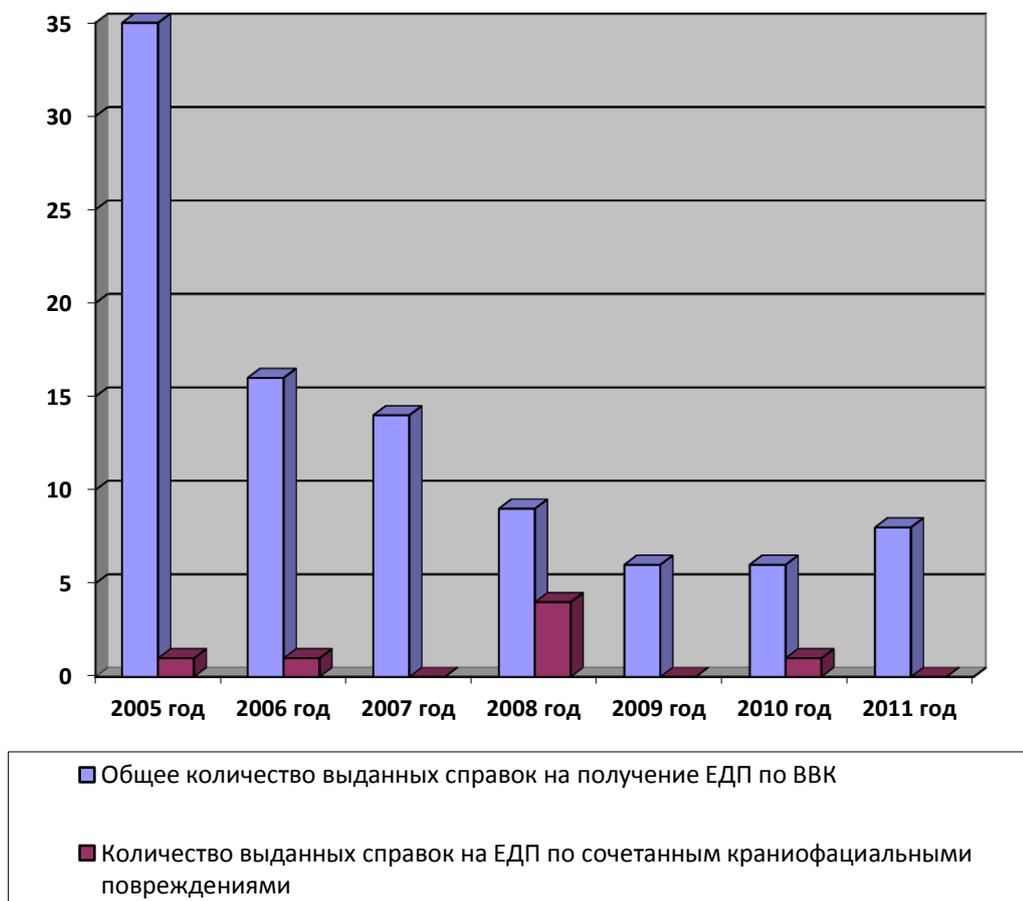
Год	Общее количество выданных справок на получение ЕДП по ВВК	Количество выданных справок на ЕДП по сочетанным краниофациальным повреждениям	% выданных справок на ЕДП по сочетанным краниофациальным повреждениям от общего количества выданных справок на ЕДП по ВВК
2005	35	1	2,9
2006	16	1	6,3

2007	14	0	0
2008	9	4	44,4
2009	6	0	0
2010	6	1	16,7
2011	8	0	0
Всего	94	7	7,4

За рассмотренный период количество оформленных справок на получение единовременного денежного пособия (ЕДП) по последствиям сочетанных краниофациальных повреждений составило в среднем 7,4% от общего количества оформленных справок на получение ЕДП по ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по Иркутской области».

Диаграмма 1

Количество выданных справок для оформления документов на получение ЕДП за 2005 – 2011 гг.



Выводы: Краниофациальные повреждения имеют не только медицинское, но и большое социальное значение, требуют своевременного лечения и профилактики, что будет способствовать удлинению срока службы сотрудников, повышению боеспособности, оперативной деятельности подразделений ГУ МВД России по Иркутской области. Осложнения краниофациальных повреждений являются причиной инвалидности. Выраженные функциональные зрительные, слуховые

расстройства, органические расстройства личности снижают качество жизни больного и влекут за собой утрату трудоспособности. Развитие травматической нейропатии при поражениях зрительного и слухового нервов у сотрудников с краниофациальными травмами может явиться причиной возникновения стойкой утраты зрения и слуха.

Использование средств индивидуальной защиты позволяет профилактировать тяжелые последствия краниофациальных травм у сотрудников ОВД, что позволяет сохранить на службе дееспособный контингент лиц, избежать ранней инвалидизации среди сотрудников, что имеет огромное социальное значение.

Учитывая, что большинство причин раннего увольнения сотрудников связано с последствиями увечий (ранений, травм), руководителям всех уровней следует усилить работу по профилактике травматизма сотрудников ОВД.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Бабияк В.И. Нейрооториноларингология / В.И.Бабияк, В.Р.Гофман, Я.А. Накатис. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 728с.
2. Горбунов В.А., Вахмянин А.П., Викторова Т.И. Гемосинус и тяжелая черепно-мозговая травма // Воен.-мед.журн, -2001. - №11. - С. 39-40.
3. Гельман Ю.Е. Оперативные методы фиксации челюстей при одновременной тяжелой черепно-мозговой и лицевой травме. Метод. Рекомендации. /Ю. Е. Гельман, А.П. Фраерман. Нижний Новгород. 1991. -10с.
4. Егоров С.В., Егоров В.И. Состояние вестибулярной функции при минно-взрывных поражениях среднего и внутреннего уха // Вестн. оторинолар. Материалы III Российской Научно-практической конференции «Наука и практика в оториноларингологии» - 2004. – С.186.
5. Лечебная тактика при повреждении околоносовых пазух у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой / К.П. Головкин [и др.]. // Рос. оторинолар. - 2010. - №3. – с.52-63.
6. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы. Клиническое пособие для нейрохирургов, неврологов, травматологов – М, 2009. – 385с.
7. Нимир Х., Шидловская Г.Н. Сочетанная травма придаточных пазух носа, орбиты, передней черепной ямки // Здравоохр. Беларуси, 1995, №1. - 59с.
8. Посттравматические и нозокомиальные синуситы у пострадавших с политравмой. Особенности патогенеза и лечебной тактики /В.Р.Гофман [и др.] // Рос. оторинолар. Приложение СПб, - 2008. - №3. – с.170-175.
9. Челябинова Е.В. Восстановление слуха у пациента после бароакустической травмы. // Вестник оторинолар. – 2007. - №1. - С.44-45.