

61154
A 69

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

CENTRUL DE MEDICINĂ LEGALĂ

Aprecierea medico-legală a gravității vătămării corporale în traumele cranio-cerebrale

(Indicații metodice)

Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2005



88921

Republicana Științifico-Metodică de profil
terului Sănătății și Protecției Sociale din
ședința din 06.X.2004, procesul-verbal nr.3.,
Consiliul metodic central postuniversitar al USMF Nicolae Testemițanu
la ședința din 25.XI.2004

- Autori:** *Gheorghe Baciu* – expert medico-legal principal al MS și PS, șeful
catedrei Medicină legală, doctor habilitat în
științe medicale, profesor universitar
- Mihai Gavriiliuc* – director medical al CȘPNN, doctor habilitat în
științe medicale, profesor universitar
- Grigore Zapuhlâh* – șeful catedrei Neurochirurgie, doctor habilitat în
științe medicale, profesor universitar
- Ion Cuvșinov* – vicedirector al CML, doctor în științe medicale,
conferențiar universitar
- Grigore Mutoi* – doctor în științe medicale, conferențiar univer-
sitar
- Valeriu Tetercev* – doctor în științe medicale, conferențiar univer-
sitar
- Andrei Pădure* – doctor în științe medicale; conferențiar universitar

- Recenzenți:** *Stanislav Groppa* – doctor habilitat în științe medicale, șeful
catedrei Neurologie, Neurochirurgie și Ge-
netică medicală a FPM a USMF Nicolae
Testemițanu, specialist principal netitular al
MS și PS;
- Ion Moldovan* – doctor habilitat în științe medicale, profesor
universitar, șeful catedrei Neurologie a
USMF Nicolae Testemițanu.

Redactor: Lidia Căssa

Corector: Nicolae Bătrânu

Machetare computerizată: Diana Savva

© CEP Medicina, 2005

© Gh. Baciu și alții, 2005

61:34
A 69

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN

mun. Chișinău

nr. 157

30 mai 2005

CU PRIVIRE LA IMPLEMENTAREA ÎN PRACTICA MEDICO-
LEGALĂ ȘI NEURO-CHIRURGICALĂ A INDICAȚIILOR
METODICE „APRECIEREA MEDICO-LEGALĂ A
GRAVITĂȚII VĂTĂMĂRII CORPORALE ÎN TRAUMELE
CRANIO-CEREBRALE”

În scopul standardizării și facilitării calificării medico-legale obiective a
traumelor cranio-cerebrale,

APROB:

1. Indicațiile metodice „Aprecierea medico-legală a gravității vătămării
corporale în traumele cranio-cerebrale”.

ORDON:

1. Șeful Direcției Principale Tehnologii Medicale și Asigurări în Medi-
cină (dl Liviu Vovc), specialistul principal netitular, expert judiciar medic-
legist al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale (dl Gheorghe Baciu),

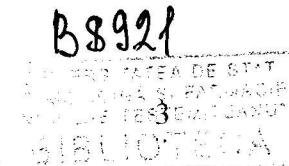
– vor asigura editarea în tiraj suficient și implementarea Indicațiilor
metodice „Aprecierea medico-legală a gravității vătămării corporale în trau-
mele cranio-cerebrale” în practica medico-legală din republică.

2. Specialistul principal netitular, neuropatolog al Ministerului Sănătății și
Protecției Sociale (dl Stanislav Groppa), specialistul principal netitular, neuro-
chirurg al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale (dl Grigore Zapuhlâh),

– vor monitoriza îndeplinirea de către medicii de profil a cerințelor
Indicațiilor menționate.

3. Controlul îndeplinirii prezentului ordin se atribuie viceministrului, dlui
Boris Golovin.

Ministru



Valerian REVENCO

se

Introducere

Expertizele traumelor cranio-cerebrale prezintă în practica medico-legală cele mai frecvente dificultăți și erori la determinarea gradului de gravitate al acestei vătămări corporale. Faptul se explică atât prin varietatea manifestărilor clinice ale aceleiași forme a diagnosticului respectiv la diferite persoane, cât și prin insuficiența descrierii semnelor obiective sau utilizării investigațiilor complementare care confirmă diagnosticul.

Corectitudinea concluziilor medico-legale, de asemenea, poate fi influențată de pregătirea profesională a medicului specialist, de descrierea deplină și corectă a tabloului clinic, de utilizarea adecvată a investigațiilor de laborator etc.

Cele menționate impune necesitatea elaborării indicațiilor metodice pentru standardizarea și facilitarea calificării medico-legale obiective a traumelor cranio-cerebrale (TCC) la persoanele agresate.

Neurochirurgia contemporană cunoaște mai multe clasificări ale traumelor cranio-cerebrale, dar în toate se evidențiază următoarele trei forme principale:

- a) comoție cerebrală;
- b) contuzie cerebrală (grad ușor, mediu și grav);
- c) compresie cerebrală.

Trauma cranio-cerebrală (TCC) închisă reprezintă lezarea craniului și a encefalului, fără întreruperea integrității anatomice a tegumentelor capului, dar cu înregistrarea de echimoze, hematoame etc. Fractura oaselor bolții craniului cu păstrarea integrității tegumentelor, de asemenea, se atribuie traumelor închise.

Deschisă este considerată trauma cranio-cerebrală cu lezarea integrității anatomice a tegumentelor capului, deoarece mediul intern al organismului este delimitat de cel extern numai prin piele.

TCC este considerată drept penetrantă în cazul dereglării integrității anatomice a meningelui dur (dura mater) și nepenetrantă în lipsa leziunilor acestuia. Astfel, fractura oaselor bazei craniului, la care dura mater îndeplinește rolul periostului și se lezează chiar de o fractură liniară, va fi considerată drept leziune penetrantă. În calitate de criteriu clinic cert al unei leziuni penetrante servește oto- și nazo-licvorea.

TCC deschisă, în special cea penetrantă, este periculoasă prin posibilitatea infectării primare sau secundare a conținutului cranian.

I. Caracteristica traumelor cranio-cerebrale

1.1. Comoția cerebrală

Comoția cerebrală se manifestă clinic printr-o stare de abolire sau pierdere de scurtă durată a cunoștinței (de la câteva secunde până la 5–8 și chiar 30 minute) și nu are un substrat lezional anatomic cerebral. Fenomenul se datorează unor tulburări funcționale, uneori cu amnezic antero- și retrogradă, vomă unică, manifestări vegeto-vasculare cerebrale de ordin general și local. Efectul este tranzitoriu și total reversibil, deci, fără repercusiuni ori subsecvențe imediate sau tardive. După o comoție cerebrală, pacientul își revine complet (după un tratament adecvat).

Semne subiective: cefalee; vertij; acufene; vomă; slăbiciune; semnul Mann (durere în globul ocular la mișcarea ochilor deschiși). Constatarea pierderii cunoștinței și a vomei este dificilă. Aceste manifestări clinice se apreciază drept semne autentice ale TCC, numai dacă au fost observate de lucrătorul medical sau de martori și, neapărat, sunt fixate în documentele medicale.

Semne obiective: manifestările dereglărilor somatice și vegetative din partea sistemului nervos sunt minime și pasagere. Mai frecvent se constată: paliditatea sau hiperemia feței; transpirație; proba ortostatică Șhellong-Romberg pozitivă (prevalarea frecvenței pulsului mai mult de 12 lovituri/minut la trecere din poziție orizontală în cea verticală); simptome vestibulo-oculostatice (instabilitate în poziția Romberg, probe de coordonare indice-nas, călcâi-genunchi); asimetria tensiunii arteriale; puls moderat frecvent (mai rar încetinit) pe fundalul unei respirații normale sau accelerate; dermografism intens, roșu stabil; ușor tremor lingual; spre seară poate apărea subfebrilitatea.

Inconstant se poate stabili: nistagmus orizontal de amplitudine mică; schimbarea intensității foto-reacției pupulare; accentuarea reflexelor profunde și diminuarea celor superficiale (primele zile) sau asimetria lor. Sângele periferic și lichidul cefalorahidian în comoții cerebrale sunt fără modificări. În primele zile după traumă, la majoritatea persoanelor se observă indici normali ai tensiunii licvoriene (în decubit lateral variază între 100–200 mm col. H₂O și nu depășește 250 mm col. H₂O), în 25–30% din cazuri tensiunea este mărită, iar în 15–20% scăzută. Tensiunea lichidului rahidian se normalizează în a 5–7-a zi. Tensiunea arterială și temperatura corpului, de obicei, sunt fără devieri de la normă. La persoanele în vârstă tensiunea arterială poate să crească (la hipertonicii) sau să scadă (la hipotonici).

În cazul respectării regimului de tratament, primordial dispar semnele neurologice generale: voma, cefaleea, amețelile etc. (timp de 4–7 zile). Semnele obiective, de regulă, se păstrează nu mai mult de 7 zile. Dereglările vegetative pot persista și mai mult (11 și mai multe zile). În caz de TCC pe fundalul intoxicației alcoolice, tabloul clinic al comoției cerebrale se păstrează mai mult timp cu o normalizare a sănătății la a III-a săptămână. Cu mult mai grav evoluează comoția cerebrală la bolnavii de etilism cronic.

Pe măsura regresării dereglărilor neurologice și ameliorării stării sănătății pacienților, în prim plan se evidențiază semnele sindromului asteno-vegetativ: instabilitatea reacțiilor emoționale; dereglarea somnului; hiperhidroza mâinilor și picioarelor. Aceste manifestări clinice regresează, de obicei, în primele 2–4 săptămâni, iar în unele cazuri se păstrează mai mult timp.

Electroencefalograma în comoții cerebrale, de regulă, nu este schimbată. Pot fi observate modificarea amplitudei și scăderea frecvenței ritmului alfa, ascensiunea beta și delta-activității. Astfel de modificări pot persista până la 1,5 luni după traumă. La ECO-encefalografie poate fi observată creșterea amplitudei ecopulsative (în lipsa devierii M-eco), care în ansamblul manifestării comoției cerebrale poate confirma traumatizarea creierului.

Prin urmare, la aprecierea medico-legală a gradului de vătămare corporală condiționată de comoția cerebrală, drept criteriu principal servește durata dereglării sănătății. Medicul are dreptul a stabili diagnosticul de „Comoție cerebrală” numai în baza complexului de semne clinice obiective stabilite la pătimit, inclusiv prin cercetările paraclinice și de laborator.

De menționat că prezența doar a unui sau a două simptome nu este suficientă pentru stabilirea diagnosticului de „Comoție cerebrală”, deoarece o serie de maladii, cum sunt osteocondroza și spondiloza deformantă a regiunii cervicale a coloanei vertebrale (acutizarea lor se produce și la cele mai neînsemnate traume), au manifestări clinice similare. Pacienții prezintă aceleași acuze subiective: cefalee, vertije, fatigabilitate. În statutul neurologic se determină instabilitate în poziția Romberg, dereglări de coordonare, dereglări de sensibilitate, la baza cărora se află, de regulă, insuficiența vertebro-bazilară.

În lipsa datelor de constatare la pătimit a semnelor clinice neurologice obiective de „comoție cerebrală” în documentele medicale, diagnosticul se consideră neargumentat, iar aprecierea expertală ulterioară nu se efectuează.

1.2. Contuzia cerebrală

În comparație cu comoțiile, în clinica contuziilor cerebrale permanent există simptomatologia de focar, hemoragie subarahnoidiană sau fractura oaselor în regiunea craniului cerebral. Prezența acestor semne, în ansamblu sau separat, denotă niște semne incontestabile ale contuziei cerebrale, a cărei gravitate depinde de gradul intensității și duratei manifestărilor clinice.

1.2.1. Contuzia cerebrală ușoară se manifestă prin semne neurologice generale și locale moderate, fără dereglarea funcțiilor vitale. Morfopatologic se caracterizează prin zone locale de edem în țesutul cerebral, hemoragii punctiforme per diapedesum, lezări-rupturi ale vaselor mici piale. Manifestările neurologice generale persistă mai mult timp decât la comoțiile cerebrale. Ele nu dispar în primele zile după traumă. Pierderea cunoștinței durează de câteva minute până la zeci de minute (mai rar 1–2 ore). Se înregistrează amnezie antero- sau retrogradă, uneori vomă repetată. Starea generală a sănătății pătimitului în primele zile este satisfăcătoare sau de gravitate medie.

Semne subiective: cefalee; grețuri; amețeli; vomă; foto- și fonofobie; iritabilitate.

Semne obiective: în primele zile după traumă se constată semne de afectare organică a sistemului nervos: dereglarea convergenței; limitarea deplasării marginale a globilor oculari; nistagmus; anizocorie ușoară; asimetrie a pliurilor nazo-labiale; deviație a limbii; asimetrie a reflexelor profunde; semne meningiene pozitive; hiperhidroză; paliditate a tegumentelor; tahicardie (mai rar bradicardie); asimetrie a tensiunii arteriale cu schimbarea valorilor ei; subfebrilitate. Simptomatologia de focar regresează deja în primele zile ale perioadei posttraumatice. Manifestările neurologice generale persistă mai mult timp, dar cu tendințe de regresare în dinamică. Semne de afectare bulbară nu se atestă. În sânge –VSH mărit și leucocitoză. Rezultatele investigațiilor de laborator ale lichidului cefalorahidian sunt normale, mai rar se remarcă creșterea moderată a albuminei și eritrocitozei. Tensiunea

licvoriană poate fi scăzută sau mărită. Peste 3–4 zile, starea generală devine satisfăcătoare, unele semne subiective și obiective pot să se păstreze. Către a 9–10-a zi semnele enumerate se reduc esențial, iar starea generală se ameliorează.

Concomitent cu acest tablou clinic, se păstrează unele microsimptome neurologice sub formă de nistagmus orizontal, asimetrie a pliurilor nazo-labiale, anizocorie și semne meningiene pozitive. Simptomatologia neurologică este lentă și regresează, de obicei, la 2–3 săptămâni de la traumă.

Modificarea activității bioelectrice a creierului are o caracteristică similară ca și la comoțiile cerebrale, dar se înregistrează mai frecvent. Uneori se stabilesc semne de focar (în zona afectată) sub formă de scădere și reducere a oscilațiilor-alfa îmbinate cu unde ascuțite.

În contuziile cerebrale laterale de grad ușor, care sunt însoțite de edem perifocal, poate fi stabilită deviația neesențială a ECO medial în limitele ale 4 mm. Deviația maximă, de regulă, se înregistrează în a 2–4-a zi, regresând treptat în timp de 1–2 săptămâni. În cercetările computer-tomografice ale contuziilor ușoare nu întotdeauna se stabilesc modificări evidente în creier, dar în unele cazuri este posibil a determina zone cu densitate scăzută a țesutului cerebral (+8 – +28 unități Hounsfield). În aceste cazuri, edemul cerebral poate fi local, lobular, hemisferial, difuz sau se manifestă prin micșorarea spațiilor lichidiene.

Astfel de modificări se constată deja în primele ore după traumă, atingând apogeul la a 3-a zi și dispar peste două săptămâni, fără careva urme esențiale. Spre sfârșitul săptămânii a treia, de regulă, semnele neurologice obiective dispar și starea sănătății se normalizează. Concomitent, este posibil să se păstreze unele simptome neurologice minore sub formă de nistagmus orizontal, asimetrie a pliurilor nazo-labiale și anizoreflexie. De obicei, în a 20-a zi, tabloul neurologic poate să se normalizeze complet. Această formă de TCC se califică după criteriul timpului de dereglare a sănătății: Rareori, în cazul contuziilor cerebrale

ușoare cu semne evidente de focar și prezența sângelui în lichidul cefalorahidian (1000 hematii/ml), poate avea loc o dereglare a sănătății de lungă durată (peste 20–30 zile) și o pierdere stabilă a capacității de muncă.

1.2.2. Contuzia cerebrală medie se manifestă prin semne neurologice generale și locale mai distincte, mai pronunțate și constante, iar la unele persoane – cu dereglări bulbare tranzitorii. Morfopatologic se caracterizează prin hemoragii punctiforme, focare de imbibitiție hemoragică a țesutului cerebral cu mici zone de ramolism și lezarea celulelor nervoase, cu păstrarea configurației circumvoluțiilor.

La pacienți se observă pierderea cunoștinței de lungă durată – de la zeci de minute până la câteva (4–6) ore, amețeli, somn sau comă. După revenirea cunoștinței, se observă o perioadă îndelungată de inhibiție, dezorientare, excitație psihomotorie și percepții iluzorii. În perioada de restabilire a cunoștinței se manifestă toate formele de dereglări amnezice, inclusiv amnezia retrogradă sau anterogradă. Starea generală a pacientului se apreciază, de obicei, ca fiind de grad mediu sau grav.

Semne subiective: Acuze de vomă pe un timp îndelungat. Persistă o cefalee specifică, vertije, zgomot în urechi, anxietate, dereglări vizuale etc. Pot fi observate modificări de comportament manifestate prin excitabilitate psihomotorie, uneori prin stări deliriforme.

Semne obiective: În majoritatea cazurilor, se observă vomă repetate. Din primele zile de la traumă, se dezvoltă semne meningiene de diversă intensitate, dereglări bulbare, care se manifestă prin disocierea semnelor meningiene, creșterea tonusului muscular și a reflexelor tendinoase, nistagmus, reflexe patologice bilaterale etc. Poate interveni disfuncția activității organelor pelviene. Evident persistă simptomatologia de focar din regiunea afectată, pareza membrelor, dereglarea vorbirii și a sensibilității pielii etc. Constante devin următoarele semne: anizocoria; fotoreacția pupilară diminuată; convergența scăzută; insuficiența nervilor

aductori; nistagmus spontan; reducerea reflexelor corneene; pareza mimică tip devierea limbii; asimetria tonusului muscular; micșorarea tonusului în membre; anizoreflexia, adesea asociată cu sindromul diencefalic sau mezencefalic, cu reflexe patologice sau cu accese jacksoniene. Simptomele neurologice de focar treptat (3–5 săptămâni) dispar, dar pot persista timp îndelungat. Prin cercetări radiologice adesea se constată fracturi ale craniului.

În afara tabloului neurologic descris, în contuzii cerebrale de grad mediu se înregistrează: tahipnoe, fără dereglarea ritmului de respirație și a conductibilității căilor respiratorii; dereglarea activității cardiace (tahicardie sau bradicardie); instabilitatea tensiunii arteriale cu tendință spre hipotonie; dereglarea ritmului și frecvenței respiratorii. Pot fi observate hipertermie și dereglări esențiale vegetocirculatorii. Din partea sângelui mai frecvent se determină leucocitoză și mai rar leucopenie, creșterea VSH-ului. În unele cazuri, la fundul ochiului se observă hiperemia papilelor nervilor optici, începând cu a treia zi de la traumă. La puncția lombară se observă hipo- sau hipertensiune licvoriană, elemente sanguine în lichidul cefalorahidian (net-rozat, 1000–10000 hematii/ml). Rezultatele electroencefalografice pot fi reprezentate de modificări ale alfa-ritmului, scăderea amplitudei, reducerea frecvenței ondulatorii.

Timp de 3–4 zile de la traumă, semnele neurologice generale se acutizează, starea pacienților în această perioadă este de o gravitate medie. După 2 săptămâni, starea sănătății, de obicei, se ameliorează, semnele neurologice și meningiene diminuează. Dereglările vegetative se păstrează, iar semnele subiective și obiective nu se modifică. În a 4-a săptămână din semnele subiective se păstrează numai cefaleea moderată, vertijele, tinnitusul (zgomotul în urechi), diplopia (dedublarea obiectelor), manifestările astenice, instabilitatea vegetativă și circulatorie. Dintre semnele de focar (locale) se depistează: dereglările oculomotorii, nistagmus orizontal, pareza funcției perechilor VII și XII de nervi cranio-cerebrali, uneori cu semne patologice, pareza membrelor,

dereglările senzitive și de coordonare a mișcărilor, dereglări ale funcțiilor corticale superioare (afazia, apraxia etc).

1.2.3. Contuzia cerebrală gravă. Morfopatologic, contuzia cerebrală gravă se caracterizează prin zone de distrucție a țesutului cerebral cu formarea detritului, a unor multiple hemoragii (sânge lichid și chiaguri) cu aplatizarea circumvoluțiunilor creierului și lezarea leptomeningelui. Se evidențiază prin declanșarea unei stări grave și foarte grave imediat după traumă, o perioadă îndelungată (de la câteva ore până la câteva zile sau săptămâni) de tulburare a cunoștinței, până la starea de comă de diferite grade, dereglarea activității vitale pe fundalul manifestărilor clinice ale afectării bulbare, indiferent de localizarea focarului, care determină gravitatea stării pacientului. Frecvent se constată afectarea trunchiului cerebral (la orice nivel) cu dereglarea principalelor funcții vitale. Se înregistrează mișcări pendulante ale globilor oculari, ptoza palpebrală, nistagmus tonic spontan, afectarea deglutiției, dilatarea sau constricția bilaterală a pupilelor la lumină, abolirea reflexelor corneene și bulbare, apare divergența ochilor pe orizontală și verticală, permanent se schimbă tonusul muscular până la rigiditate prin decerebrare, atenuarea sau înviorarea reflexelor tendinoase, ale pielii, ale mucoaselor; apar reflexe patologice bilaterale, paralizii, afazie, semne meningiene. Printre semnele de focar ale emisferelor cerebrale predomină pareza membrelor. Frecvent se observă dereglări subcorticale ale tonusului muscular, reflexele automatismului oral etc. Uneori se constată accese de convulsii generalizate sau parțiale. Regresarea semnelor neurologice generale și locale are loc încet: deseori se păstrează fenomene reziduale pronunțate din partea sferei psihice și motorii. După apariția cunoștinței la bolnavi, timp îndelungat persistă dezorientarea, amețelile, somnolența patologică, ce periodic alternează cu agitația motorie. La toate victimele se observă o amnezie retro-sau anterogradă. În unele cazuri se dezvoltă dereglări din partea psihicului. Se înregistrează sindromul neurovegetativ expresiv cu

dereglarea respirației, a activității cardiovasculare, a termoreglării și a metabolismului. Pot fi stabilite bradicardia sau tahicardia, uneori cu aritmii, hipertensiunea arterială, dereglarea respirației și a frecvenței ritmului ei, hipertermia etc.

Lichidul cefalorahidian conține sânge. În sângele periferic se stabilește leucocitoză neutrofilă cu deviere spre stânga și creștere a VSH-ului. La electroencefalografie se observă dereglarea ritmului alfa, asociat cu delta și tetra-activități. La această categorie de bolnavi ritmul alfa deseori nu se înregistrează. Prevalează formele lente de activitate. La EEG se observă activitate patologică în diapazoanele delta și teta, aceasta fiind caracteristică pentru dereglare funcțională a trunchiului cerebral. Predomină undele lente polimorfe, care nu se schimbă la excitații externe. Adesea se înregistrează semnele epilepsiei posttraumatice. Prin cercetările electroencefalografice pot fi constatate semne stabile de deviere a structurilor mediane ale creierului, unde suplimentare. Concomitent, este posibilă diminuarea sau dispariția pulsației eco-semnalelor, care treptat se restabilește la pacienții cu dinamică pozitivă.

Pe angiograme regiunea contuzivă a creierului se reprezintă sub forma unei zone avasculare. La tomografia computerizată se determină afectarea de focar a țesutului cerebral sub formă de zonă neomogenă cu densitate crescută. Pe tomodensitometriile locale, în aceste zone se observă alternarea sectoarelor cu densitate crescută (de la +54 până la +76 unități Hounsfield) sau redusă (de la +16 până la +28 unități Hounsfield), care corespunde zonei morfologice a contuziei. Către ziua a 30-40-a după traumatism, în locul contuziei se dezvoltă atrofie sau/și chisturi. La lezare axonală difuză, pe tomograme pot fi depistate multiple hemoragii delimitate în nucleele semiovale ale ambelor emisfere, în trunchiul cerebral, în structurile periventriculare și în corpul calos pe fundalul creșterii difuze a volumului cerebral ca o consecință a edemului generalizat. De regulă, contuziile cerebrale grave sunt însoțite de fracturi ale bolții și bazei craniene, precum și de hemoragii subarahnoidiene masive. La o evoluție favorabilă,

timp îndelungat se păstrează atât simptomatologia generală, cât și cea de focar, care se soldează pe viitor cu invaliditate. Contuzia cu compresia creierului (hematom intracerebral, edem) reprezintă manifestarea gravă a TCC.

Notă: comele traumatiche. Sindromul comatos poate fi definit prin: abolirea totală a stării de cunoștință, însoțită de eventualele tulburări vegetative și neurologice mai mult sau mai puțin accentuate.

Diagnosticul clinic se efectuează pe baza abolirii stării de cunoștință, a modificărilor vegetative și neurologice.

După criteriul leziunii dominante, Arseni C. și colab. au propus sistematizarea în cinci grade de comă, cu următoarele caractere:

Gradul I Pacientul este inconștient, funcțiile vegetative sunt în normă sau ușor modificate, toți timpii de deglutiție sunt prezenți, după cum și reflexele de apărare și automate (bolnavul se apără la excitațiile exteroceptive, respectiv, la excitațiile proprioceptive: duce mâna la cap, dacă îl doare, se acoperă cu o pătură, dacă îi este frig).

Reflexele sunt normale sau ușor midriatice, reflexul fotomotor diminuat sau abolit. La proba calorică vestibulară se constată o deviere tonică conjugată a globilor oculari spre partea irigată. Leziunea se află în segmentul rostral al trunchiului cerebral (mezencefal).

Gradul II Pacientul este inconștient, funcțiile vegetative moderat pronunțate, timpul I (labial) al deglutiției este abolit, reflexele automate conservate, cele de apărare slab pronunțate.

La proba vestibulară calorică se constată o deviere lentă, conjugată a globilor oculari spre partea irigată. Leziunea este medio-pontică.

Gradul III Pacientul este inconștient, există grave perturbări ale funcțiilor vegetative, timpul I și II al deglutiției este abolit, timpul III întârziat. Reflexele automate și de apărare sunt abolite. La proba vestibulară calorică se remarcă devierea globilor

oculari, frecvent disconjugată sau absența devierii ochilor. Bolnavul prezintă hipertermie și tensiune arterială oscilantă. Pot fi prezente reacții de decerebrare. Leziunea este localizată în partea inferioară a punții.

Gradul IV Pacientul este inconștient, total areactiv, funcțiile vegetative sunt foarte grav perturbate, la limita compatibilității cu supraviețuirea, deglutiția abolită, reflexul de tuse abolit. Pupilele sunt în midriază fixă, reflexele fotomotor și ciliospinal abolite, reflexele oculo-cefalogice, oculo-vestibulare, de asemenea, sunt abolite. Se constată o flacciditate musculară și o extensie bilaterală a halucelui. Leziunea este în partea superioară a bulbului.

Gradul V (coma depășită). Pacientul este total inconștient, cu respirația susținută artificial. Leziunea este situată în segmentele bulbare inferioare. Sindromul corespunde celui de "moarte a creierului".

Gradarea comei propusă de Teasdale și Jannet, așa-numita Scală Glasgow (Glasgow Coma Scale – GCS), se bazează pe testarea a 3 elemente: deschiderea ochilor (4–1 puncte), răspunsurile verbale (5–1 puncte) și activitatea motorie (6–1 puncte).

Această scală extrem de practică este pe larg utilizată actualmente în toate departamentele de neurochirurgie. GCS se referă nu numai la diversele grade de comă, întrucât răspunsurile la comenzile verbale presupun absența comei.

Oricum, Punctajul 3 (minim) corespunde comei profunde (gradul IV) cu prognostic "infaust".

Punctajul 4–5 relevă coma de gradul III.

Punctajul 6–7 – comă de gradul II.

Punctajul 8 – comă superficială de gradul I.

Punctajele între 9–14 corespund unor tulburări de conștiință.

La punctajul 15 bolnavul este perfect conștient cu răspunsuri prompte verbale, oculare, motorii.

Scala școlii rusești prevede șapte gradații de dereglare de conștiință: clară, obnubilare moderată, obnubilare profundă,

stupoare, coma I (moderată), coma II (profundă), coma III (terminală sau supralimită).

Diagnosticul paraclinic: CT-scann; în lipsa – angiografia carotidiană, ECHO sau EEG.

Ponderea investigatorie majoră în comele traumatice o are: CT-scann, care arată revărsatele sanguine, focarele de dilacerare și contuzie cerebrală, eventual multiple, edemul cerebral, aspectul ventricular cerebral și modificările craniene.

Evoluție, complicații, pronostic.

Evoluția unui pacient cu stare de comă traumatică depinde, în primul rând, de afectarea, de suferința trunchiului cerebral; la aceasta se adaugă mulți factori: existența de hematoame intracraniene, vârsta, leziunile organice asociate, starea encefalului preexistentă traumatismului crano-cerebral sau a altor organe în cazul politraumatismelor.

Pacienții cu come de gradele I și II au șanse de ameliorare, dacă se aplică tratament adecvat.

La cei cu comă de gradele III și IV șansele sunt reduse: tratamentul poate avea, în unele cazuri, drept rezultat – supraviețuirea, dar cu sechele psihice sau/și neurologice.

Agravarea unui sindrom comatos indică, adesea, o complicație (de evoluție spre ramolism sau de apariție a unui hematoma în focar) diagnosticabilă prin CT-scan sau angiografie cerebrală.

Din punct de vedere medico-legal, comele traumatice constituie un element major, atât în pronosticul vital, cât și în cel funcțional al pacienților cu traumatisme crano-cerebrale cu sau fără leziuni traumatiche asociate.

1.3. Compresia cerebrală

Compresia cerebrală se caracterizează printr-o primejdie vitală, generată de creșterea accentuată a simptomelor imediat după traumă sau peste un interval de timp: și anume a

simptomelor cerebrale generale (apariția sau aprofundarea dereglărilor de cunoștință, intensificarea cefaleei, vomă repetată, agitații psihomotorice etc.), de focar (apariția sau aprofundarea hemiparezelor, midriaza unilaterală, accese epileptice focale etc.) și simptomele trunchiului cerebral (apariția sau aprofundarea bradicardiei, creșterea presiunii arteriale, anizocoria, nistagmus spontan, semne patologice bilaterale etc.).

Dintre cauzele compresiei cerebrale, pe primul loc se situează hematoamele extra- și intracerebrale (epidurale, subdurale, intraparenchimotoase), apoi eschilele osoase, hematoma intraventricular posttraumatic, higroma durei mater, pneumocefalia traumatică.

1.3.1. Hematomul extradural (HE) este o colecție sanguină constituită între lamela osoasă internă a craniului și dura mater, având efect compresiv asupra encefalului. Cauza hematomului extradural este cel mai frecvent o leziune arterială posttraumatică, în mod particular a arterei meningiene mijlocii. Aceasta explică predilecția hematomului extradural pentru fosa cerebrală temporală, unde dura mater are aderență minimă. Mai rar etiologia este de origine venoasă (plagă a unui sinus venos) sau osoasă (lacune venoase din diploe). Volumul hematomului poate varia între 50 și 150 ml. Hematomul extradural afectează preponderent sexul masculin și tinerii. Evoluția clinică este stadială: inițial se produce o pierdere de cunoștință, apoi o revenire la starea de conștiință normală (interval liber) pentru ca, ulterior, să reapară tulburările de cunoștință cu evoluție spre comă. În absența tratamentului apar: cefalee, vomă, hemipareză controlaterală, midriază ipsilaterală, stare de comă, tulburări vegetative marcate (tahicardie, aritmie, hipotonie arterială, tulburări de ritm respirator) datorate comprimării trunchiului cerebral în incizura tentoriului. Valoare informațională are radiografia craniană simplă care relevă liniile de fractură. Angiografia cerebrală relevă aspectul tipic de „vid. vascular”. CT-scan reprezintă investigația

de elecție care evidențiază: sediul, natura, volumul hematomului, deplasarea sistemului ventricular.

1.3.2. Hematomul subdural (HSD) este o colecție sanguină de etiologie traumatică, dezvoltată între dura mater și arahnoidă, cu efect compresiv asupra encefalului și afectează mai frecvent grupa adultă, sexul masculin. Clinic și morfopatologic se clasifică în hematom subdural acut (până la 1–3 zile), fără existența membranelor de fibrină; subacut (până la 2–3 săptămâni) și cronic (după 3 săptămâni), care posedă membrană parietală și viscerală. Hematomul subdural acut și subacut apare după traumatism cranio-cerebral sever, în care se produc și leziuni cerebrale specifice (contuzie, dilacerare). Hematomul subdural provine din ruperea directă a vaselor corticale contuzionate, volumul variind între 50 și 200 ml. Hematomul subdural acut se manifestă prin instalarea comei imediat după traumatism, cu semne neurologice de localizare majore. Alteori copiază evoluția hematomului extradural, cu interval liber, urmat de tulburări de cunoștință, deficit controlateral, comă și în final decerebrare. În cazul hematomului subdural cronic, simptomatologia se instalează lent, după un interval perfect lucid (liber) de 4–12 săptămâni, însă obligatoriu de minimum 3 săptămâni, pentru a se produce capsula HS-DC. În acest interval există uneori acuze, precum: cefalee intermitentă, vertij, uneori vomitări. După acest interval se instalează treptat, lent, sindromul neurologic de focar (pareză facio-brahială controlaterală) și sindromul de HIC (cefalee, vărsături, edem papilar). Treptat apare hemipareza controlaterală, somnolența, dezorientarea de comportament, memorie și atenție. În evoluția ulterioară a HSDC, la compresiunea trunchiului cerebral are loc apariția comei rapid progresive, cu marcate tulburări vegetative. CT-scan constituie investigația de elecție, relevând date despre sediul, volumul și vechimea revărsatului, existența leziunilor cerebrale primare, a edemului cerebral și a deplasării sistemului ventricular.

1.3.3. Hematomul intraparenchimos (HIP) reprezintă revărsate sanguine circumscrise și bine delimitate, dezvoltându-se în însăși substanța cerebrală, într-un focar de contuzie cu evoluție progresivă și efect compresiv. Constituie cca 3% din toate hematoamele endocraniene. Hematoamele intracerebrale în formă pură sunt rare și se stabilesc în plăgile produse prin arme de foc. Mecanismele traumatice prin impact direct, contralovitură, prin fenomene de accelerație sau decelerație produc leziuni focale și difuze care pot domina tabloul clinic (deficit motor, afazie, hemianopsie, modificarea stării de conștiință). Volumul variază între 20 și 100 ml. CT-scan este capabilă să informeze în ceea ce privește sediul, volumul și caracterul tuturor leziunilor traumatice intracraniene.

Morfopatologic este constituit, de regulă, dintr-o masă de cheaguri și sânge. Diagnosticul pozitiv se bazează pe datele clinice, coroborate cu două metode de investigație: arteriografia cerebrală, care oferă informații indirecte asupra existenței hematomului și CT-scan – metodă capabilă să informeze în ceea ce privește sediul, volumul și caracterul leziunilor traumatice. Intervalul de apariție a fenomenelor clinice de HIP față de momentul traumatic are o importanță deosebită. Atunci când simptomele legate de HIP apar în primele 3 zile, poate fi argumentată relația dintre traumatism și sângerare, însă atunci când intervalul este mai mare de 5 zile sau este de câteva săptămâni, această legătură devine problematică. Un hematom intraparenchimos nu poate fi traumatic în lipsa leziunilor cerebrale traumatice grave, care în mod obligatoriu ar fi trebuit să genereze HIP. Este necesar a cunoaște exact condițiile de producere a traumatismului, stările preexistente ale persoanei.

1.3.4. Hematomul intraventricular posttraumatic (HIVPT) se datorează revărsatului sanguin din plexul coroid traumatizat și se manifestă ca o colecție sanguină bine delimitată, compresivă în ventriculul cerebral. Există HIV acute, subacute și tardive, produse prin ruperea unui angiom de plex coroid. Deseori, în

momentul ictusului, pacientul suferă un traumatism cranio-cerebral secundar prin cădere, fapt care conduce la diagnosticarea greșită a acestui HIV drept posttraumatic. Ca și în situațiile precedente, numai examenul morfopatologic cerebral complet relevă existența și a altor leziuni traumatice sau existența unei malformații vasculare (angiom, anevrism) la nivelul plexurilor coroide, precizându-se astfel rolul real al traumatismului în producerea acestui HIV.

1.3.5. Hygroma durei mater (HDM) face parte din colecții lichidiene intracraniene traumatice sub formă de colecție circumscrisă într-o zonă din spațiul subdural și poate exercita o compresiune cerebrală. HDM poate fi delimitată de o neomembrană, conținând lichid xantocrom (hygroma) sau fără membrană și cu lichid clar (hidroma). Modul de apariție și dezvoltare a HDM nu este prea bine cunoscut. În diagnosticul clinic nu există elemente semiologice specifice, ci numai aspectul clinic de sindrom de compresiune cerebrală, practic imposibil de diferențiat de cel care însoțește hematoamele subdurale. Diagnosticul paraclinic: CT-scan și angiografia cerebrală.

1.3.6. Pneumocefalia traumatică. La fracturarea oaselor fosei craniene anterioare pot fi traumatizate osul etmoid și sinusurile frontale cu lezarea durei mater, provocând dezvoltarea pneumocefaliei traumatice. Aceasta se datorează formării unui canal prin care aerul pătrunde în cavitatea craniană din sinusurile paranasale. Există 4 forme de pătrundere a aerului în cavitatea craniană: a) epidurală; b) subdurală; c) subarahnoidiană și intraventriculară; d) intracerebrală.

În cazul acumulării aerului epi- sau subdural, semnele fenomenului apar imediat după traumă (cefalee severă, semne generale și în focar cerebrale), iar în pneumocefalii intracerebrale manifestările clinice apar peste câteva săptămâni sau luni. Diagnosticul se bazează pe cercetările radiologice și datele clinice. Pe radiograme, de obicei, se observă un sector aerian.

Aerul acumulat în regiunea bolții orbitale poate să afecteze procesul olfactiv (anosmie), iar dacă pătrunde în regiunea nervului sau hiasmei optice, poate deregla vederea, inclusiv pierderea totală a ei.

II. Aprecierea gravității vătămării corporale

2.1. Recomandări generale

Aprecierea medico-legală a gravității vătămării corporale în traumele cranio-cerebrale complicate trebuie efectuată în comisie, cu participarea specialiștilor calificați. În cadrul comisiei de experți trebuie implicat neurochirurgul (în primele săptămâni după traumă) și neurologul (după expirarea perioadei acute a traumei). În cazul manifestărilor psihopatologice condiționate de traumă, examinarea pătimiților se cere efectuată cu participarea obligatorie în comisie a psihiatrului.

Vulnerabilitatea deosebită a funcțiilor neuropsihice în traumele cranio-cerebrale este condiționată de frecvența afectare a lobilor frontali și temporali ai creierului, precum și de lezarea difuză a substanței albe a emisferelor mari (lezări axonale). Documentele medicale, prezentate expertizei medico-legale, trebuie să conțină date suficiente și convingătoare pentru elaborarea concluziilor și răspunsurilor la întrebările expuse spre soluționare. De exemplu, în fișa de observație clinică trebuie să fie înscrise zilnice, ample, care reflectă dinamica cauzelor și schimbările manifestărilor clinice ale traumei. Dacă în cadrul examinării, experții suspectează prezența fracturilor oaselor craniului, afectării creierului sau a hemoragiilor intracraniene, astfel de pacienți neapărat se spitalizează. Efectuarea expertizei doar în baza documentelor medicale în original (fișa de observație clinică, cartela de ambulator etc.), fără examinarea nemijlocită a pătimitorului se admite ca excepție, când este imposibilă examinarea directă a pătimitorului, de către expert(ți) și, dacă în documentele medicale există informații concrete referitoare la caracterul lezional, evoluarea clinică și consecințele traumei, rezultatele cercetărilor clinice și instrumentale, suficiente pentru elaborarea concluziilor.

Examinarea documentelor medicale, în care se reflectă structura clinico-morfologică a traumei, dinamica ei și gradul

vătămării corporale, se realizează de toți specialiștii, membri ai comisiei. Concluziile expertale trebuie să fie bazate numai pe semnele obiective ale traumei, constatate la examinarea pătimitorului în instituția medicală. La aprecierea sechelelor traumei cranio-cerebrale suportate se va ține cont de posibilitatea prezenței simptomelor analogice la unele maladii (distonie vegeto-vasculară, osteocondroză, tireotxicoză, alcoolism, narcomanie etc.). În cadrul aprecierii gradului de vătămare corporală cauzată de TCC, printre manifestările patologice cranio-cerebrale este necesar de stabilit și de luat în considerare consecințele acutizării sau complicațiile maladiilor preexistente, apărute ca urmare a particularităților individuale ale organismului, deficiențelor acordării asistenței medicale și care nu au legătură cauzală directă cu acțiunea agenților traumatici și au putut să apară indiferent de acțiunea traumatică asupra capului.

În cazurile necesității de stabilire (delimitare) a genezei simptomatologiei cranio-cerebrale depistate (sau aprecierea consecințelor TCC, fie a urmărilor TCC suportate anterior ori a maladiilor preexistente a SNC), concomitent cu complexul diferențial-diagnostic de apreciere a datelor materialelor dosarului penal și a rezultatelor examinărilor expertale ale pătimitorului, este indicat de a confrunța:

a) complexul manifestărilor clinico-morfologice ale traumei cranio-cerebrale cu caracteristica vectorografică a acțiunii traumatice (locul și direcția);

b) caracteristicile ergometrice ale acțiunii traumatice cu manifestările cranio-cerebrale, interpretate drept dovadă a traumei cranio-cerebrale în cauză.

În caz dacă această delimitare nu poate fi realizată (din cauza insuficienței cercetării medicale primare, a informației incomplete în documentele prezentate etc.), acest fapt trebuie să fie reflectat clar și precis în concluziile expertale.

2.2. Algoritmelle de apreciere

2.2.1. Semnele vătămării corporale grave. În algoritmul aprecierii gravității vătămării corporale în rezultatul TCC, criteriul prioritar este pericolul pentru viață. Astfel de pericol poate fi condiționat de următoarele forme și genuri de manifestări:

A. Prima categorie:

– contuzia cerebrală gravă (cu sau fără manifestări de compresie) și medie (numai în prezența semnelor de afectare a regiunii bulbare, indiferent de consecințe); leziunile penetrante în cavitatea craniului, inclusiv fără afectarea creierului;

– fracturile bolții și bazei craniene, închise și deschise, cu excepția fracturilor izolate ale oaselor faciale sau numai ale lamei externe a oaselor bolții craniene.

B. A doua categorie include consecințele TCC manifestate prin semne primejdioase pentru viață, condiționate de stări patologice sau maladii:

– comă cerebrală;

– șoc traumatic de gradele III–IV (în TCC izolate se înregistrează rar, admisibil în TCC asociate cu lezarea altor organe și sisteme);

– dereglare circulatorie cerebrală de grad major;

– hemoragie masivă;

– insuficiență cardiovasculară acută, colaps;

– dereglare respiratorie acută de grad major;

– stare septico-purulentă;

– dereglare circulatorie regională și în organ, soldată cu embolie (gazoasă sau lipidică) a vaselor cerebrale, trombo-embolie, infarct (ictus) cerebral;

– asociere a stărilor primejdioase pentru viață.

La consecințele TCC *nepericuloase pentru viață*, dar soldate cu consecințe *GRAVE* pentru sănătate, se referă:

1) Dereglarea psihică – diagnosticul, gravitatea și legătura de cauzalitate a căreia cu TCC se efectuează în cadrul expertizei judiciare psihiatrice. Aprecierea gravității vătămării corporale condiționată de dereglarea psihică se efectuează în cadrul expertizei în comisie – medico-legale și psihiatrico-judiciare.

2) Pierderea stabilă a capacității generale de muncă în proporție de nu mai puțin de o treime ($\frac{1}{3}$), condiționată de sechelele TCC grave (cu consecințe definitive sau cu o durată a dereglării sănătății de peste 120 zile), care se manifestă prin:

a. Accese epileptice frecvente (nu mai rar de unul pe săptămână), debilitate mintală, paralizii, agnozie, apraxie, afazie, ataxie, dereglări vestibulare și cerebrale (100% pierdere stabilă a capacității generale de muncă);

b. Pierdere esențială a volumului de mișcări și a forței musculare a membrelor, dereglare evidentă a coordonării mișcărilor, diminuarea tonusului muscular, accese epileptice frecvente – nu mai rar de o dată pe lună (75% pierdere stabilă a capacității generale de muncă);

c. Consecințe ale fracturilor oaselor bolții și ale bazei craniene, hematoame epi- și subdurale, hemoragii subarahnoidiene, contuzii cerebrale, precum și prezența defectului osos postoperator, inclusiv a celui acoperit cu transplant:

➤ Afectarea organică a două și mai multe perechi de nervi cranieni, dereglarea pronunțată a coordonării mișcărilor, creșterea esențială a tonusului și a forței musculare în membre, scăderea intelctului și a memoriei, accese epileptice (4–10 pe an), prezența defectului postoperator pe o suprafață de 20 cm² și mai mult (60% pierdere stabilă a capacității generale de muncă);

➤ Afectarea organică a câtorva perechi de nervi cranieni, dereglarea moderată a mișcărilor coordonate, creșterea moderată a tonusului și a forței musculare în membre, accese epileptice rare (2–3 în an), prezența defectului postoperator pe o suprafață de la 10 până la 20 cm² (45% pierdere stabilă a capacității generale de muncă).

2.2.2. Semnele vătămării corporale de grad mediu. Vătămrile corporale de grad mediu se apreciază în lipsa semnelor periculoase pentru viață sau a consecințelor prevăzute de „Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămărilor corporale.” Ordinul nr. 199 din 27.06.2003 al Ministerului Sănătății (Monitorul Oficial al R.M., nr. 170–172 din 08.08.2003).

Principalele criterii ale vătămării corporale de grad mediu sunt:

– dereglarea sănătății de lungă durată – peste 21 zile, condiționată de TCC, inclusiv de consecințele ei;

– pierderea stabilă a capacității generale de muncă mai puțin de o treime (de la 10 până la 33% inclusiv), condiționată de sechelele (consecințele) TCC, prevăzute de Regulamentul de apreciere a vitalității. Dintre acestea menționăm:

a. Afecțiunea organică a câtorva perechi de nervi cranio-cerebrali, dereglări olfactive sau gustative, dereglări neînsemnate de coordonare, creștere ușoară a tonusului muscular și scăderea forței membrilor, dereglări motorii sau senzitive moderate, accese epileptice unice, prezența defectului osos după trepanația postoperatorie de 4–10 cm²;

b. Consecințe reziduale ale TCC, fracturi incomplete ale oaselor bolții craniene, ale comotțiilor cerebrale, ale hematoamelor extradurale, ale hemoragiilor subarahnoidiene; prezența unor semne de focar: nistagmus, deviația limbii, atenuarea plicii nazo-labiale etc; precum și defectul osos postoperator cu o suprafața mai mică de 4 cm² (20% pierdere a capacității permanente de muncă); semne vegetative – tremor al pleoapelor și al degetelor mâinilor, hiperreflexie a tendoanelor, dereglări vasomotorii etc.

2.2.3. Semnele vătămării corporale ușoare. În calitate de criterii pentru vătămări corporale ușoare condiționate de TCC sunt:

- dereglarea sănătății de scurtă durată (nu mai mult de 21 zile);
- incapacitatea stabilă și neînsemnată (până la 10%) de muncă.

Criteriile indicate se aplică diferențial, în funcție de forma traumei cranio-cerebrale (comoție cerebrală sau contuzie cerebrală ușoară).

În comoțiile cerebrale, care sunt cele mai ușoare forme de TCC, nu este un substrat lezional anatomic cerebral, este total și rapid reversibil, fără nici un fel de complicații (consecințe) ulterioare, unicul criteriu de apreciere a gravității vătămărilor este dereglarea sănătății de scurtă durată, care nu depășește 21 zile.

În contuziile cerebrale ușoare (în majoritatea cazurilor) criteriul de apreciere a gravității vătămărilor este dereglarea sănătății de scurtă durată, motivată prin faptul că în a 20-a zi simptomele neurologice obiective, de regulă, dispar și starea pacientului se normalizează complet.

Totodată, trebuie de ținut cont că, în unele cazuri de contuzie cerebrală ușoară, dereglarea sănătății este de lungă durată (mai mult de 20–30 zile), fiind condiționată de dereglări licvorocirculatorii cu apariția hidrocefaliei, disfuncției vegetative, uneori de apariția arahnoiditei și encefalopatiei, confirmate (obligator) prin datele puncției lombare, ale investigațiilor de laborator ale lichidului cefalorahidian, EEG în dinamică etc.

Consecințele acestei traume pot să se exprime prin dezvoltarea arahnoiditei opticochiasmatică (la localizarea focarului de contuzie pe suprafața bazală a creierului), convulsii epileptiforme etc.

Totodată, ele pot fi favorizate și de unii factori (condiții): spitalizare tardivă, nerespectarea regimului, tratament etiopatogenic neadecvat (insuficient), prezența maladiilor somatice preexistente etc. Din acest motiv, în cazurile suspecte, calificarea gradului de vătămare corporală în contuziile cerebrale ușoare trebuie să se efectueze conform criteriului consecințe și urmări ale leziunilor, ce cauzează dereglarea sănătății, asociată cu incapacitatea stabilă de muncă.

Soluționarea problemei cu privire la consecințele contuziei cerebrale ușoare trebuie efectuată nu mai devreme de 3 (trei) luni

de la traumatism. Dacă după această perioadă se depistează simptome de focar, care constată dereglări organice definitive ale sistemului nervos, această situație servește drept bază pentru aprecierea volumului de incapacitate stabilă de muncă.

La aprecierea proceselor restante posttraumatice cerebrale este necesar de ținut cont și de posibilitatea prezenței simptomelor similare la unele maladii (vegetodistonii discirculatorii, tireotxicoze, alcoolism, narcomanie etc.).

Aprecierea gravității vătămarilor traumelor cranio-cerebrale se efectuează fără a lua în considerare acutizarea sau agravarea maladiilor preexistente, apărute în virtutea particularităților individuale ale organismului, a deficiențelor în acordarea asistenței medicale sau altor împrejurări.

Gradul vătămării corporale în caz de TCC nu se determină, dacă:

– diagnosticul nu este confirmat prin date obiective (tabloul clinic are un caracter nedeterminat, examinările clinice și paraclinice sunt incomplete);

– consecințele traumei nu sunt clare;

– persoana traumată refuză efectuarea examinărilor suplimentare sau nu se prezintă la examinarea specialistului, fapt care nu permite expertului să aprecieze corect caracterul vătămării sănătății, evoluția clinică și consecințele;

– lipsesc documentele medicale necesare, inclusiv rezultatele cercetărilor suplimentare, fără de care este imposibilă aprecierea caracterului și gradului vătămării corporale.

Notă: La aprecierea gradului de gravitate medico-legală a consecințelor tardive ale TCC, medicul-legist trebuie să determine în urma cărei forme clinice concrete (comoție cerebrală, contuzie cerebrală) au apărut consecințele, având la bază documentele medicale oficiale în original.

Bibliografie

1. Arseni C., Oprescu I. Gontea Aurelia Med. Neuroc.- Sao Paulo, 1977, VI. 2, p. 115-127.

2. Teasdale G., Sannett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet, 1974., 11. p., 81-87.

3. Коновалов А.Н. с соавт. К единой междисциплинарной классификации черепно-мозговой травмы // Судебно-медицинская экспертиза, 1988.

CUPRINS

Introducere.....	4
I. Caracteristica.....	5
1.1. Comoția cerebrală.....	5
1.2. Contuzia cerebrală.....	7
1.3. Compresia cerebrală.....	16
II. Aprecierea gravității vătămării corporale.....	22
2.1. Recomandări generale.....	22
2.2. Algoritmii de apreciere.....	24
Bibliografie.....	29