

Krzysztof Maksymowicz¹, Dariusz Piechocki², Radosław Drozd¹

Ocena następstw urazów czaszkowo-mózgowych w aspekcie kryteriów neurologicznych, psychiatrycznych i orzeczniczych

The assesment of cranio – cerebral injuries in the aspect of neurological, psychiatric and certification criteria

¹ Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. B. Świątek

² Z Kliniki Neurologii AM we Wrocławiu

W pracy podjęto próbę wyjaśnienia i usystematyzowania, z punktu widzenia neurologicznego, psychiatrycznego i orzeczniczego, pojęć: encefalopatii, zespołu psychoorganicznego, charakteropatii, jako następstw urazów czaszkowo-mózgowych. Celem powyższego jest próba ustalenia warunków niezbędnych dla potwierdzenia lub wykluczenia obecności powyższych zmian neurologicznych, takich, które byłyby do przyjęcia zarówno z punktu widzenia neurologicznego i psychiatrycznego, jak i sądowno-lekarskiego. Praktyka opiniodawcza autorów wskazuje bowiem na duże zróżnicowanie kryteriów rozpoznawania i oceny następstw urazów czaszkowo-mózgowych, jakie stosowane są przez lekarzy klinicznych – przede wszystkim neurologów i psychiatrów – ale także lekarzy orzeczników. Nadto w pracy wskazano inne czynniki, które nie pozostając w związku przyczynowym z przedmiotowym zdarzeniem, mogą mieć wpływ na ostateczny wynik opiniowania o skutkach urazów czaszkowo-mózgowych.

In this paper an effort has been made to explain and systemize the notions of encephalopathy, psycho organic syndrome, characteropathy, seen as consequences of cranio-cerebral injuries, and regarding neurological, psychiatric and certifying criteria. The main aim of this classification is to define the necessary conditions needed to confirm or exclude the presence of neurological changes mentioned above. The conditions should be acceptable from the neurological, psychiatric and certifying points of view. The certifying experience of the authors shows that there are vast differences among criteria applied by neurologists, psychiatrists and

certifying doctors in assessing the consequences of cranio-cerebral injuries. Moreover, in the above paper various injury and disease factors have been presented and discussed. Although they do not remain in any causal connection with the assessed event, they have a significant influence on the final result of the medical certification.

Słowa kluczowe: encefalopatia, zespół psychoorganiczny, charakteropatia, opiniowanie
Key words: encephalopathy, psycho-organic syndrome, characteropathy, pronouncing

CEL PRACY

Celem pracy jest próba określenia warunków, niezbędnych dla potwierdzenia lub wykluczenia obecności zmian neurologicznych i/lub psychiatrycznych jako następstw urazów czaszkowo-mózgowych, które byłyby możliwe do zaakceptowania z punktu widzenia zarówno przez lekarzy neurologów i psychiatrów, jak i medyków sądowych, dla potrzeb opiniodawczych. W opinii autorów pozwoliłoby to przybliżyć lub może nawet ujednoczyć stanowiska lekarzy wyżej wymienionych specjalności w ocenie trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z przebytymi urazami głowy, a zatem stanowić przyczynek do uściślenia i ujednoczenia wydawania opinii w takich przypadkach.

WPROWADZENIE

Dynamiczny rozwój i komercjalizacja ubezpieczeń, przy jednocześnie znamienym statystycznie wzroście urazów czaszkowo-mózgowych, powodują, że opiniowanie w kwestiach trwałych, neurologicznych i/lub psychiatrycznych następstw tego typu urazów jest częste w lekarskiej praktyce orzeczniczej. Dodatkowo, jak się wydaje, częstość pojawiania się w dokumentacji lekarskiej rozpoznań trwałych, pourazowych neurologiczno-psychiatrycznych następstw urazów głowy, wynika także z możliwości orzekania w tych przypadkach uszczerbku na zdrowiu w znacznej procentowo wysokości. Jednakże, jak wskazuje praktyka autorów, zarówno lekarze klinicyści jak i orzecznicy stosują często niejasne kryteria rozpoznawania i orzekania tych zaburzeń [1]. Nie ulega wątpliwości, że charakter i złożoność pourazowych zmian neuro-psychiatrycznych czyni zasadnym udział w opiniowaniu zespołu kilku specjalistów – według potrzeby: neurologa, psychiatry, psychologa oraz medyka sądowego. U takich pacjentów badanie przedmiotowe nie może być tylko i wyłącznie podstawą opiniowania, winno być wsparte uzupełniającymi badaniami diagnostycznymi, a w niektórych przypadkach także obserwacją kliniczną [2]. Biorąc dodatkowo pod uwagę rozpiętość górnej i dolnej granicy procentowej oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu, dla tego typu skutków zawartą w różnych tabelach orzeczniczych, zrozumiałym jest niejednokrotne występowanie kontrowersji w ocenie następstw urazów głowy nie tylko wśród lekarzy różnych specjalności, ale nawet w obrębie tej samej specjalności. Wynikać to może także z różnego doświadczenia klinicznego i orzeczniczego tych osób.

MATERIAŁ I METODA

Dokonano przeglądu 24 spraw, opiniowanych przez autorów prac z lat 2000-2004, a dotyczących następstw urazów czaszkowo-mózgowych. We wszystkich tych sprawach już wcześniej wydawali opinie lekarze neurologi, psychiatry, jak również psychologowie. W 10 z nich nie potwierdzono wcześniej ustalonych zmian pourazowych, określonych jako: encefalopatia, zespół psychoorganiczny, encefalopatia z charakteropatią. W pozostałych 14 sprawach opinie Zakładu Medycyny Sądowej (ZMS) potwierdzały wcześniejsze rozpoznania.

Zespoły opiniujące biegłych w ZMS składały się zazwyczaj z medyka sądowego, neurologa i psychiatry. Opinie wydawano na podstawie badania

podmiotowego i przedmiotowego poszkodowanych oraz w oparciu o wyniki badań pomocniczych takich jak: elektroencefalografia (EEG) i/lub badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego głowy (TK, NMR). W niniejszej pracy nie przeprowadzono analizy statystycznej rozbieżności analizowanych spraw, gdyż celem była ocena jakościowa a nie ilościowa problemu.

WYNIKI

Stwierdzone rozbieżności pomiędzy opiniami zespołów orzekających w ZMS, a wcześniej orzekającymi lekarzami, można uznać za dwojakiego typu:

1. Rozbieżności dotyczące rodzaju rozpoznanych następstw urazów.
2. Rozbieżności pomiędzy procentową wysokością orzeczonego uszczerbku na zdrowiu, w przypadku tych samych rozpoznań.

Rozbieżności drugiego rodzaju wynikały nie tylko z subiektywizmu oceny lekarzy wydających opinie, ale niejednokrotnie z dużego zróżnicowania wartości minimalnego i maksymalnego uszczerbku na zdrowiu dla danego rozpoznania, zawartych w różnych tabelach orzeczniczych. Różnice, które można by uznać za wyraz subiektywnej oceny różnych lekarzy orzeczników, zazwyczaj mieściły się w przedziale kilku procent. Różnice występujące pomiędzy poszczególnymi tabelami pomijamy, gdyż nie jest to przedmiotem niniejszej pracy, skupiając się na rozbieżnościach jakościowych.

I tak rozbieżności dotyczące rodzaju rozpoznanych następstw urazów przedstawiały się następująco:

- Pierwotne rozpoznania **encefalopatii pourazowej**, nie potwierdzone podczas ponownego opiniowania przez zespół biegłych ZMS, były stawiane zwykle na podstawie stwierdzonego nieprawidłowego zapisu EEG – często wykonywanego po raz pierwszy w życiu – u pacjentów po przebytych urazach głowy, bez stwierdzenia przedmiotowych objawów uszkodzenia OUN, przy obecności subiektywnych dolegliwości o charakterze zespołu nerwicowego i/lub cerebrastenicznego [5].
- Pierwotne rozpoznania **zespołu psychoorganicznego**, nie potwierdzone podczas wydawania opinii w ZMS, stawiano w oparciu tylko o podmiotowe badanie psychiatryczne i/lub neurologiczne, w których pacjenci zgłaszali objawy charakterystyczne dla zespołu otępiennego, bez cech uszkodzenia OUN w badaniu przedmiotowym lub obrazowym mózgowia.

- Pierwotne rozpoznania **encefalopatii pourazowej z charakteropatią**, nie potwierdzone w kolejnych opiniach ZMS, były stawiane u pacjentów po przebyłym urazie głowy i z objawami psychopatologicznymi, bez wykazania uszkodzenia OUN oraz bez uwzględnienia danych, co do stanu psychicznego przed zdarzeniem.

OMÓWIENIA

Pojęcie **encefalopatii pourazowej** jest powszechnie używane od wielu lat zarówno w neurologii jak i psychiatrii, na określenie przewlekłego lub trwałego, ciężkiego, rozlanego pourazowego uszkodzenia mózgu. Jak wynika z powyższej definicji, symptomatologia tego zespołu może być bardzo różnorodna i dlatego nie jest to właściwie rozpoznanie kliniczne, ale raczej „orzecznicze”, jako że kryteria rozpoznawcze encefalopatii pourazowej są podane jedynie w tabelach orzeczniczych. Natomiast we współczesnej literaturze neurologiczno-psychiatrycznej pojęcie takie nie istnieje jako konkretny zespół kliniczny, a jedynie jako zdefiniowane pojęcie ogólne. Encefalopatia może występować między innymi jako następstwo ciężkich urazów czaszko-mózgowych i zatruc, ale także z wielu innych przyczyn, nie związanych z urazem [2]. Pojęcie encefalopatii jest niezwykle szerokie i zawiera się w nim wiele patologicznych objawów neurologicznych, co odpowiada dosłownemu znaczeniu tego terminu w bezpośredniej transkrypcji: „patologia mózgu”. Chociaż podporządkować jej można praktycznie wszystkie objawy ogniskowego uszkodzenia mózgu, to najbardziej istotne znaczenie z punktu widzenia orzeczniczego ma występowanie objawów otępiennych i zaburzeń charakterologicznych. Występują one najczęściej pod postacią: upośledzenia pamięci, zaburzeń sprawności myślenia i orientacji w czasie i w przestrzeni, braku krytycyzmu, chwiejności uczuciowej oraz jako przedmiotowe objawy wielogniskowe w różnych kombinacjach, np.: afazja, agnozja, apraksja, niedowłady, ruchy mimowolne, padaczka, uszkodzenia nerwów czaszkowych, objawy piramidowe i pozapiramidowe, mózdkowe, wegetatywne itp. Tak więc w obrazie klinicznym prawidłowo rozpoznanej encefalopatii powinny występować i dominować neuropsychologiczne objawy ubytkowe [3]. Z powyższego wynika, że warunkiem niezbędnym i koniecznym dla rozpoznania encefalopatii jest wykazanie istnienia takich objawów organicznego uszkodzenia mózgu. Patologiczny zapis elektroencefalograficzny może, nie zawsze jednak musi być wyrazem organicznych

zmian w mózgu. Jak podają różne źródła blisko 20% osobników zdrowych wykazuje różnego typu zmiany w zapisie EEG. Ponadto badanie to może być obarczone błędem pomiaru, nie wspominając o możliwości niewłaściwej interpretacji zapisu przez badającego, co może wynikać albo z braku doświadczenia klinicznego lub nieprawidłowego stanu aparatury, ale także z działań kryminogennych – „odpowiedniej” interpretacji zapisu na „prośbę” pacjenta. Znane są również z praktyki klinicznej przypadki wpływu na zapis EEG takich czynników jak: zmęczenie i brak snu pacjenta, zmiana przewodnictwa elektrycznego skóry głowy np. poprzez przetłuszczone, nie umyte włosy, wpływ na zapis EEG niedoboru elektrolitów, niektórych leków, używek itp. Opieranie zatem rozpoznania encefalopatii jedynie na podstawie wyniku badania elektroencefalograficznego nie może być uznane za prawidłowe, zwłaszcza gdy podstawę taką stanowi pojedyncze badanie, bez badania kontrolnego, a także bez możliwości porównania z wynikiem sprzed urazu.

Zespół psychoorganiczny jest zespołem objawów klinicznych, świadczących o rozlanym uszkodzeniu tkanki mózgowej, głównie w zakresie kory mózgowej [4]. Zespół ten, jako wynik uszkodzenia mózgu, mieści się w szerszym pojęciu encefalopatii (i to szczególnej encefalopatii, bo dotyczącej głównie kory mózgowej). Dwie podstawowe postaci tego zespołu to postać otępienna i postać charakteropatyczna, a w każdej z nich wyróżnić można jeszcze kilka odmian [4, 5].

Dla potrzeb klinicznych i orzeczniczych postaci charakteropatyczna jest możliwa do zweryfikowania szeregiem testów i oceną psychiatryczną i/lub psychologiczną – i z reguły nie budzi wątpliwości, co do rozpoznania, o ile udowodniony jest związek z przedmiotowym urazem. W ocenianych przez autorów przypadkach nieprawidłowo rozpoznawano zespół psychoorganiczny w postaci otępiennej – bez oparcia się również o badanie podmiotowe przeprowadzone przez psychiatrę czy psychologa. Nie zapominając, że zespół psychoorganiczny jest jedną z form encefalopatii i jej kardynalnym „objawem orzeczniczym”, należy uznać, że jedynie stwierdzenie badaniem neurologicznym niewątpliwych cech organicznego uszkodzenia mózgu, poparte obecnością objawów otępiennych w badaniu psychiatrycznym lub psychologicznym, może stanowić dowód rozpoznania zespołu psychoorganicznego – pourazowego.

Zawarte w tabelach orzeczniczych określenie: „**encefalopatia z charakteropatią**”, jak wynika z powyższego wywodu, winno być bezwzględnie zweryfikowane badaniem psychologicznym lub psychiatrycznym. Oczywiście encefalopatia z cha-

rakteropatią to też encefalopatia, a różnica pomiędzy nią a encefalopatią bez charakteropatii (biorąc pod uwagę nasilenie objawów klinicznych) ma charakter zarówno jakościowy jak i ilościowy.

Udokumentowany fakt przebycia przez poszkodowanego urazu jest okolicznością wskazującą, lecz jeszcze nie dowodzącą istnienia związku przyczynowego pomiędzy stwierdzoną patologią układu nerwowego a przedmiotowym urazem. Znakoμίta większość podstawowych zespołów psychopatologicznych (w tym omawiane powyżej) może być wyrazem róźnych zmian chorobowych, w tym także pochodzenia gwałtownego, innego niż uraz mechaniczny. Mogą to być zmiany będące wynikiem procesów zapalnych, naczyniowych, zaburzeń metabolicznych i chorób układowych. Z czynników gwałtownych, poza urazami wymienić należy np. toksyczne działanie alkoholu, tlenku węgla, talu, czynniki promieniotwórcze, promieniowanie elektromagnetyczne itp. [4].

WNIOSKI

W poddanym ocenie materiale daje się zaobserwować zbyt daleko idące „zaufanie” lekarzy opiniujących do przedkładanych przez poszkodowanych wyników badań, zwłaszcza EEG, oraz danych uzyskanych z wywiadu lekarskiego, przy niedostatecznym zaangażowaniu się w poszukiwanie innych, obiektywnych objawów organicznego uszkodzenia óśrodkowego układowa nerwowego. Zwracają również uwagę przypadki zbyt powierzchownego zbierania wywiadu, nie uwzględniające mechanizmu urazu. Np. klasyczne zapytanie pacjenta: „Czy była utrata przytomności?”, bez dokładnego wypymania się o okoliczności i przebieg zdarzenia, co zwykle sugeruje poszkodowanemu odpowiedź i w rezultacie nie pozwala na obiektywizację danych z wywiadu. Podobnie zapoznanie się z przebiegiem wypadku powodującym np. uraz kręgosłupa, w którym niejednokrotnie opisywany przez badanego mechanizm urazu jest niezgodny z naszą wiedzą teoretyczną, co pozwala na weryfikację prawdziwości wywiadu. Ocena badania EEG jest w pewnym stopniu subiektywna i obciążona błędami technicznymi. Z praktyki klinicznej znane są przypadki wpływu opisanych wyżej, zewnętrznych czynników na prawidłowość zapisu EEG, jak również fakt obecności u osób bez jakichkolwiek zmian organicznych mózgu (zarówno pourazowych jak i innego pochodzenia) nieprawidłowego zapisu EEG. Badanie to nie może zatem stanowić jedynej i wyłącznej podstawy rozpoznania organicznego uszkodzenia mózgu, zwłaszcza gdy nie ma możliwości porównania

danego, nieprawidłowego zapisu z badaniem wcześniejszym – wykonanym przed przedmiotowym zdarzeniem.

Badanie podmiotowe (wywiad lekarski) obarczone jest także znacznym subiektywizmem, zarówno ze strony badanego jak i badającego. Uwarunkowane jest to ze strony badanego chęcią uzyskania jak najwyższego odszkodowania czy świadczenia, jak i dążeniem do uzyskania satysfakcjonującego dla poszkodowanego wyroku. Ze strony pacjenta wpływ na ocenę „ciężkości” doznanego uszczerbku na zdrowiu ma w największym stopniu czas trwania diagnostyki i leczenia, rodzaj wykonywanych badań czy zabiegów leczniczo-rehabilitacyjnych, co skutkuje przewartościowaniem i nadinterpretacją ciężkości doznanej krzywdy przez poszkodowanego. Takie okoliczności mogą nasilać poczucie choroby, a także zmniejszać motywację do powrotu do normalnego funkcjonowania – podjęcia pracy, nauki, aktywnego życia w społeczeństwie i rodzinie. Wielu lekarzy, zwłaszcza wśród klinicystów bez praktyki orzeczniczej, zdaje się zapominać o fakcie, że pacjent badany w celu wydania opinii o skutkach urazu zasadniczo różni się w swojej motywacji od pacjenta badanego z innych powodów – pacjent będący jednocześnie poszkodowanym często „nie jest zainteresowany wyzdrowieniem” [6]. Dlatego też dane uzyskane z wywiadu nigdy nie powinny mieć decydującego znaczenia dla rozpoznania, bez weryfikacji tak uzyskanych danych badaniem przedmiotowym i badaniami pomocniczymi.

Ze względu na fakt, że w okresie rekonwalescencji po urazach czaszkowo-móźgowych zmiany patologiczne OUN mogą ewoluować (i to z różną szybkością) zarówno w kierunku nasilania się ich, jak i remisji, istotnym czynnikiem jest czas, w jakim diagnostyka jest przeprowadzana. U większości pacjentów, w zależności od ciężkości urazu czaszkowo-móźgowego, jego skutki ustępują zazwyczaj w ciągu pierwszych 6 miesięcy od urazu, ale u istotnej grupy pacjentów po ciężkich urazach głowy są one trwałe [6]. Szczególna sytuacja ma miejsce u dzieci. Stwierdzono, że urazy czaszkowo-móźgowe przebyte we wczesnym dzieciństwie, mają poważniejsze następstwa niż takie same urazy przebyte przez dzieci starsze i dorosłych, a także, że takie urazy powodują przewlekłe zespoły psychopatologiczne. U 60% dzieci, nawet po przebyciu lekkiego urazu, może dochodzić do tzw. zespołu minimalnego uszkodzenia mózgu (minimal brain syndrom – MBS), którego pełne objawy można stwierdzić dopiero po upływie kilku lat [7]. Z tych też powodów, w ocenie trwałego uszczerbku na zdrowiu u dzieci, zalecane są badania weryfikujące pierwotne rozpoznanie po upływie około dwóch lat

od urazu [6]. Biorąc pod uwagę przedstawiony materiał, doświadczenia orzecznicze autorów oraz istniejące wytyczne opiniowania sądowo-lekarskiego, sugerujemy zastosowanie takiej procedury nie tylko u dzieci, ale także u dorosłych, zwłaszcza w przypadkach, w których uważamy, że stan kliniczny może ulec zmianie.

PIŚMIENNICTWO

1. Maksymowicz K., Parkitna-Cegła Z.: „Encefalopatie pourazowe – problemy w ocenie ich stopnia ciężkości (zaawansowania) i wysokości przyznania uszczerbku na zdrowiu w odniesieniu do różnych tabel norm procentowego uszczerbku na zdro-

wiu”, Post. Med. Sąd. Krym., T. VI, Wrocław 2001, s. 61-64.

2. Prusiński A.: Podstawy neurologii klinicznej, wyd. III, PZWL, Warszawa 1980, s. 190.

3. Mumenthaler M., Mattel H.: Neurologia, wyd. III pol., Wrocław 2001, s.168.

4. Bilikiewicz A.: Psychiatria, PZWL Warszawa 2000, s. 96.

5. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński P.: Psychiatria, T. 2, PZWL, Warszawa 1988, s. 11-12.

6. Victor M., Ropper A. H.: Neurologia.

7. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński P.: Psychiatria, T. 1, PZWL, Warszawa 1988, s. 384.

Adres pierwszego autora:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
ul. Mikulicza-Radeckiego 4

50-368 Wrocław

e-mail: maks@forensic.am.wroc.pl