

**ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЛЕТАЛЬНИХ ТРАВМ ПІД'ЯЗИКОВО-ГОРТАННОГО КОМПЛЕКСУ
ЗА МАТЕРІАЛАМИ ХАРКІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО
СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**

¹Харківський національний медичний університет (м. Харків, Україна)
²Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи (м. Харків, Україна)

n-gubin@ukr.net

Нелетальна закрита тупа травма під'язиково-гортанного комплексу, є приводом призначення судово-медичної експертизи. Метою роботи був аналіз тілесних ушкоджень та їх ступеня тяжкості у постраждалих з закритою тупою травмою під'язиково-гортанного комплексу для встановлення можливості підвищення ефективності судово-медичної діагностики. Матеріалом для роботи стали 78 висновків (актів) судово-медичної експертизи, 38 постраждалих, що проведена на базі відділу потерпілих обвинувачених та інших осіб, відділу комісійних судово-медичних експертиз Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи, протягом останніх 5 років. Проведено аналіз наявних спостережень постраждалих з травмою під'язиково-гортанного комплексу. За матеріалами спостережень постраждалих визначена тяжкість травм під'язиково-гортанного комплексу у судово-медичному відношенні. Тяжкі тілесні ушкодження були встановлені в 3 (3,9%) експертизах, коли був наявний небезпечний для життя стан для постраждалого, а саме механічна асфіксія, або гостра дихальна недостатність. Тілесні ушкодження середньої тяжкості встановлені в 22 (28,2%) експертизах у постраждалих переважно з переломами хрящів гортані. Легкі тілесні ушкодження встановлені в 44 (56,4%) експертизах, коли був наявний гострий посттравматичний ларингіт та помірні морфологічні зміни тканин гортані; і в 9 (11,5%) експертизах ступінь тяжкості тілесних ушкоджень з різних причин взагалі не встановлювався. Встановлено, що судово-медична діагностика травм під'язиково-гортанного комплексу часто ґрунтується на суб'єктивних даних. Не завжди проводиться ларингостробоскопія. Не завжди враховуються динаміка зміни, ступінь порушення функції гортані, період перебігу та кінцевий результат травм гортані у кожному конкретному випадку.

Ключові слова: судово-медична експертиза, травма під'язиково-гортанного комплексу, діагностичні критерії, ступінь тяжкості тілесних ушкоджень.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Наукова робота є фрагментом НДР «Судово-медична оцінка давності настання смерті та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень за сучасними експертними діагностичними методиками» (номер державної реєстрації 0124U000904).

Вступ.

Об'єктом судово-медичної експертизи нерідко стають постраждалі з нелетальною закритою тупою травмою під'язиково-гортанного комплексу (ПГК) [1]. При цьому правоохоронними органами перед експертами ставиться ряд питань, що включає визначення характеру та механізму травми [2, 3]. Одним із пріоритетних питань, що ставиться правоохоронними органами є визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень [4, 5].

При наявності посттравматичних змін у вигляді повного порушення цілості стінки гортані, а також переломів під'язикової кістки судово-медична експертна оцінка нелетальних травм ПГК при наявності загрозливих життю явищ однозначно здійснюється, як тяжкі тілесні ушкодження за пп. 2.1.3 і), ї) «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» (1995 р.)» [6, 7]. Разом з тим цілість всіх слоїв гортані порушується далеко не при всіх травмах ПГК та виникають небезпечні для життя явища. В таких випадках оцінювати травми ПГК не-

обхідно за кінцевими результатами. Для практичних судово-медичних експертів це може визивати певні труднощі.

У наявних літературних джерелах [8–13] даних про варіанти клінічного перебігу травм ПГК та їх наслідків, недостатньо для експертних завдань щодо прогнозування кінцевих результатів. В літературі [14–17] узагальнюються клінічні ознаки травм і їх ускладнень. Цих ознак в обсязі який наводиться недостатньо для проведення судово-медичної експертизи.

У медичних діагностично-лікувальних протоколах (2009 р.) [18] строки відновлення порушеної функції гортані розглядаються в цілому, що не відповідає завданням судово-медичної експертизи.

Мета дослідження.

Аналіз тілесних ушкоджень та їх ступеня тяжкості у постраждалих з закритою тупою травмою під'язиково-гортанного комплексу для встановлення можливості підвищення ефективності судово-медичної діагностики.

Об'єкт і методи дослідження.

Матеріалом для дослідження стали дані судово-медичних експертиз відносно постраждалих з закритою травмою ПГК. Судово-медичні експертизи були проведені на базі відділу потерпілих обвинувачених та інших осіб, відділу комісійних судово-медичних експертиз Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ), протягом останніх

5 років. Всього ретроспективно було опрацьовано 78 висновків (актів) судово-медичної експертизи, 38 постраждалих. Для деяких постраждалих проведено декілька експертиз (обстежень) – первинних, додаткових, повторних. Всього було проведено: обстеження – 23 первинних, 3 додаткових; експертиз – 25 первинних, 13 додаткових, 10 первинних 2 додаткових і 2 повторні комісійні судово-медичні експертизи. У ході дослідження використовували наступні методи: реєстраційний метод – було розроблено реєстраційні карти куди заносили отримані дані, відповідні морфологічні ознаки отриманих постраждалими травм; стандартний метод описової статистики; судово-медичний – визначали характер ушкоджень, аналізували ступінь тяжкості тілесних ушкоджень встановлену експертами.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз спостережень показав, що експертизи тілесних ушкоджень із приводу травм ПГК становлять 0,2% від загальної щорічної кількості експертиз відділу потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб ХОБСМЕ, 0,5% – від щорічної кількості комісійних судово-медичних експертиз. Травми ПГК превалювали у осіб чоловічої статі – 28 (74,3%) випадків, більше половини потерпілих – 24 (62,8%) випадків мали працездатний вік 20–50 років. Побутові травми стоять на першому місці серед причин виникнення травм ПГК. Механізм виникнення ушкоджень ПГК визначили в 20 (52,6%) випадку як ударна дія тупих твердих предметів на шию (частіше удари пальцями рук, стислими в кулак), в 17 (46,2%) випадках як стиснення шиї руками, тупими твердими предметами або петлею, в 1 (1,3%) випадку як стиснення шиї руками та ударна дія тупих твердих предметів.

Характер виявлених при судово-медичній експертизі ушкоджень наступний. З ушкоджень м'яких тканин шиї в 18 (47,4%) постраждалих були встановлені тільки синці. У 3 (3,9%) постраждалих мали місце садна. У 2 постраждалих встановлені садна та синці. У 15 (19,2%) постраждалих будь-які ушкодження м'яких тканин шиї були відсутні. Останнє затрудняло проведення судово-медичної діагностики.

Виділені нами варіанти травм під'язиково-гортанного комплексу при судово-медичній експертизі ми представили в таблиці. Видно, що серед ушкоджень ПГК, у всіх постраждалих мав місце гострий посттравматичний ларингіт. Як видно з таблиці набряк м'яких тканин гортані та гіперемія слизової оболонки встановлені у 2 (5,3%) постраждалих. Переважно крововиливи у голосові зв'язки встановлені у 6 (15,8%) постраждалих. При цьому у одного (2,6%) постраждалого мав місце парез половини гортані, а у одного (2,6%) набряк м'яких тканин. Гематома м'яких тканин гортані встановлена в 8 (21,1%) спостереженнях. При цьому у 2 (5,3%) постраждалих мав місце ще набряк м'яких тканин гортані, у 2 (5,3%) постраждалих стеноз гортані, у одного (2,6%) постраждалого, крововиливи у голосові зв'язки, парез половини гортані, у одного (2,6%) постраждалого перехондрит хрящів гортані, парез половини гортані, у одного (2,6%) постраждалого, парез половини, стеноз гортані. Парез м'язів гортані встановлено у одного (2,6%) постраждалого. Перехондрит хрящів гортані встановлено у 2 (5,3%) постраждалих. Переломи щитоподібного хряща гортані встановлено в 8 (21,1%) спостереженнях. При

цьому у 2 (5,3%) постраждалих мав місце ще перехондрит хрящів гортані, у одного (2,6%) постраждалого крововиливи у голосові зв'язки, набряк м'яких тканин, ушкодження щитопід'язикової мембрани, у двох (5,3%) постраждалих крововиливи у голосові зв'язки, у одного (2,6%) постраждалого перелом перснеподібного хряща, гематома половини гортані, стеноз гортані, у двох (5,3%) постраждалих перелом перснеподібного хряща. Перелом під'язикової кістки встановлено у одного (2,6%) постраждалого. У 10 (26,3%) випадках будь-які морфологічні зміни м'яких тканин гортані були відсутні.

У окремих висновках експерта (актах) є посилання на проведені дослідження функції гортані у постраждалих ларингостробоскопією. Згідно останніх робіть висновок про ступінь порушення функції гортані, характер і тяжкість травми. Не враховується ступінь порушення функції гортані, динаміка її відновлення. Не завжди дані ларингостробоскопії приводяться і враховуються в динаміці. Нам представляється, що такий підхід не є допустимим тому що тяжкість випадку, тривалість відновлюваного періоду обумовлена не просто наявністю травми гортані, але і виникаючому при цьому ступеню порушення функції гортані, і динамікою її відновлення.

За даними наявними, в актах (висновках) експертів, нами встановлено, що в 12 (31,6%) випадках тривалість звернення за медичною допомогою у зв'язку із травмою ПГК склала від 1 до 6 днів, в 12 (31,6%) випадках від 7 до 21 дня, в 14 (36,8%) випадках більше ніж 21 день.

Комп'ютерно-томографічне дослідження було проведено в 7 (18,4%) випадках, коли було діагностовано переломи хрящів гортані та під'язикової кістки. В інших випадках це дослідження не проводилось. В одному випадку переломи щитоподібного хряща вже було діагностовано після смерті потерпілих за результатами розтину.

Найбільш складним для експертів стало питання про встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень у постраждалих із травмами ПГК. В аналізованому матеріалі тяжкі тілесні ушкодження були встановлені в 3 (3,9%) експертизах (обстеженнях). Тяжкі тілесні ушкодження в більшості випадків були визначені в тих випадках коли був наявний небезпечний для життя стан для постраждалого, а саме механічна асфіксія, або гостра дихальна недостатність. При цьому в 1 спостереженні механічна асфіксія у наступній комісійній експертизі не була підтверджена та тілесні ушкодження були змінені на легкі. Ушкодження середньої тяжкості були встановлені в 16 (20,5%) експертизах (обстеженнях) осіб з травмами гортані, що супроводжувались переломами щитоподібного хряща гортані. При цьому окрім перелому щитоподібного хряща гортані в 8 (10,3%) випадках мав місце перихондрит хрящів гортані, в 2 (2,6%) випадках мали місце крововиливи у голосові зв'язки, набряк м'яких тканин, ушкодження щитопід'язикової мембрани, в 2 (2,6%) випадках мали місце крововиливи у голосові зв'язки, в 3 (3,8%) випадках мав місце перелом перснеподібного хряща, гематома половини гортані, стеноз гортані, в 2 (2,6%) випадках мав місце перелом перснеподібного хряща. Також ушкодження середньої тяжкості встановлені в 5 (6,4%) випадках травм гортані, с виникненням гематоми м'яких тканин. Крім

Таблиця – Характеристика ушкоджень під'язиково-гортанного комплексу

Характер післятравматичних змін ПГК		Всього	%
Гострий посттравматичний ларингіт	• набряк м'яких тканин гортані та гіперемія слизової оболонки	2	5,3
	• крововиливи у голосові зв'язки	4	10,5
	• крововиливи у голосові зв'язки, парез половини гортані	1	2,6
	• крововиливи у голосові зв'язки, набряк м'яких тканин гортані	1	2,6
	• гематома м'яких тканин гортані	1	2,6
	• гематома, набряк м'яких тканин гортані	2	5,3
	• гематома м'яких тканин гортані, крововиливи у голосові зв'язки, парез половини гортані	1	2,6
	• гематома м'яких тканин гортані, перихондрит хрящів гортані, парез половини гортані	1	2,6
	• гематома м'яких тканин гортані, парез половини гортані, стеноз гортані	1	2,6
	• гематома м'яких тканин гортані, стеноз гортані	2	5,3
	• парез м'язів гортані	1	2,6
	• перихондрит хрящів гортані	2	5,3
	• перелом щитоподібного хряща гортані, перихондрит хрящів гортані	2	5,3
	• перелом щитоподібного хряща гортані, крововиливи у голосові зв'язки, набряк м'яких тканин, ушкодження щитоподібної мембрани	1	2,6
	• перелом щитоподібного хряща гортані, крововиливи у голосові зв'язки	2	5,3
	• перелом щитоподібного хряща гортані, перелом перснєподібного хряща, гематома половини гортані, стеноз гортані	1	2,6
	• перелом щитоподібного хряща гортані, перелом перснєподібного хряща	2	5,3
	• перелом під'язикової кістки	1	2,6
	• відсутність змін м'яких тканин гортані	10	26,3
Разом		38	100

того в одному (1,2%) випадку у постраждалого мав місце ще набряк м'яких тканин гортані, в 4 (5,1%) випадках набряк м'яких тканин гортані, крововиливи у голосові зв'язки, парез половини гортані. При цьому слід підкреслити, що коли встановлюються ушкодження середньої тяжкості не завжди враховувався кінцевий результат травм гортані, період перебігу (гострий, хронічний).

Експертиз, у яких були визначені легкі тілесні ушкодження, що, спричинили короточасний розлад здоров'я, було 32 (41%). У 5 (6,4%) експертизах при гострих посттравматичних ларингітах у постраждалих мали місце крововиливи у голосові зв'язки. При цьому в одному (1,3%) випадку мав місце набряк м'яких тканин гортані, в одному (1,3%) випадку парез половини гортані. В 15 (19,2%) експертизах у постраждалих зазначалось про гематому гортані. При цьому про стеноз гортані зазначалось в 5 (6,4%) експертизах, про перихондрит хрящів гортані, парез половини гортані зазначалось в 2 (2,6%) експертизах, про набряк м'яких тканин гортані, зазначалось в одній (1,3%) експертизі, про парез половини гортані, стеноз гортані зазначалось в 1 (1,3%) експертизі. У 3 (3,8%) експертизах зазначалось про перихондрит хрящів гортані, в 3 (3,8%) експертизах зазначалось про перелом під'язикової кістки. При цьому експертами також не завжди враховувався ні період перебігу, ні кінцевий результат, ні ступінь порушення функції гортані. Для контрольного дослідження функції гортані у цих випадках постраждали на 22 день від моменту травми не викликалися, а при цьому повних даних про тривалість розладу здоров'я та кінцеві результати травм гортані завжди не було. Постраждали до лікаря фоніатра для проведення контрольного дослідження ларингостробоскопії не направлені, лікар консультант-отоларинголог для проведення експертизи не залучений. У 4 випадках так встановлена ступінь тяжкості призвела до призначення повторних і комісійних експертиз, у зв'язку з тим що постраждали після закінчення експертизи (обстеження), продовжували скаржитися на порушення функції гортані звертатися до лікаря отоларинголога. У цих випадках необхідно було провести, контрольне ларингостробоскопічне

дослідження на 22 день від моменту травми, при необхідності через 3 міс., залучити лікаря-консультанта-отоларинголога і проводити оцінку травм гортані відповідно до їх кінцевих результатів. У випадку неможливості проведення контрольного дослідження слуху втриматися від встановлення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень у зв'язку з невизначеністю кінцевого результату. В одній експертизі, можливо ступінь тяжкості тілесних ушкоджень занижено, коли постраждалому були встановлені легкі тілесні ушкодження, що спричинили за собою короточасний розлад здоров'я, при знаходженні його з гострим посттравматичним ларингітом на лікуванні більш ніж 21 день. У цьому випадку нам представляється, що необхідно було застосувати критерій «тривалість розладу здоров'я» «Правил...» і оцінити ушкодження як середньої тяжкості.

Експертиз, у яких були визначені легкі тілесні, було 12 (15,4%). У 3 (6,4%) експертизах при гострих посттравматичних ларингітах у постраждалих мали місце крововиливи у голосові зв'язки. В одній експертизі (1,3%) зазначалось про наявність у постраждалого перихондриту хрящів гортані. У 8 (10,3%) експертизах будь-які зміни м'яких тканин гортані були відсутні.

У 4 експертизах (обстеженнях) із приводу травм ПГК з розвитком гострих посттравматичних ларингітів, коли встановлені легкі тілесні ушкодження експертами недооцінені кінцеві результати та наслідки травматичної хвороби. Виходячи з наявних у судово-медичних експертів даних, відомостей необхідних для судово-медичної правильної оцінки кінцевих результатів та наслідків травм гортані, було недостатньо. Постраждали в ході експертиз (обстеження) на додаткове контрольне діагностичне дослідження експертами не скеровані. У цих випадках експертам потрібно було, або втриматися від визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, керуючись пп. 4.13.1-4.13.4. «Правил...», або опираючись на діагностичні ознаки (критерії) тяжкості травми, спрогнозувати її кінцевий результат, керуючись п. 4.11 «Правил...» і правильно визначити ступінь тяжкості тілесних ушкоджень.

У випадках, коли ступінь тяжкості тілесних ушкоджень при травмах ПГК експертами не визначався, це було обумовлено тим, що в деяких первинних експертизах травми гортані діагностувалися не відразу, а у деяких експертизах була відсутня необхідна документація. В окремих повторних і комісійних судово-медичних експертизах ставилася під сумнів посттравматична етіологія травм гортані. В 1 випадку експерт не зв'язав ларингіт із травмою вказавши, що він у постраждалого носить хронічний характер. При цьому в медичній документації вказувалося про зв'язок ларингіту із травмою і що в цей час стадія його перебігу хронічна.

Висновки.

1. Експертизи тілесних ушкоджень із приводу травм ПГК становлять 0,2% від загальної щорічної кількості експертиз відділу потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб, 0,5% – від щорічної кількості комісійних судово-медичних експертиз ХОБСМЕ.

2. Судово-медична діагностика травм ПГК часто ґрунтується на суб'єктивних даних. Не завжди проводиться ларингостробоскопія. Не завжди враховуються динаміка зміни, ступінь порушення функції гортані,

період перебігу та кінцевий результат травм гортані у кожному конкретному випадку. Не завжди проводиться контрольне дослідження голосової функції за участю лікаря фоніатра, залучається консультант-отоларинголог.

3. В окремих експертизах має місце недооцінка експертами ступеня тяжкості травм ПГК, а в окремих спостереженнях ступінь тяжкості завищений.

4. У великій кількості експертиз травми ПГК за ступенем тяжкості не оцінюються, що обумовлено не своєчасною судово-медичною діагностикою, відсутністю чітких діагностичних критеріїв для зв'язку ушкодження гортані із травмою, відсутністю в деяких випадках необхідної медичної документації. У деяких експертизах травми гортані до уваги не приймаються взагалі.

Перспективи подальших досліджень.

Полягають в удосконаленні судово-медичної діагностики при визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень при травмах ПГК, продовженні наукової роботи з встановлення всіх можливих клініко-морфологічних проявів кінцевих результатів такої травми для її об'єктивної судово-медичної оцінки.

Література

- Holubovych LL, Olkhovskiy VO, Herasymenko OI, Holubovych PL, Holubovych AL, Dunaiev OV, та in. Osnovy sudovoi medytsyny: navchalno-metodychnyi posibnyk. Kharkiv: FOP Brovin OV; 2021. 535 s. [in Ukrainian].
- Mykhailichenko BV, Biliakov AM, Franchuk VV. Sudova stomatolohiia. Kyiv: Medytsyna; 2024. 263 s. [in Ukrainian].
- Chand S. Essentials of Forensic Medicine and Toxicology. 2nd ed. Chennai: Elsevier Health Sciences; 2023. 650 p.
- Lias AO, Sokolova OV, Khalmuradov BD. Sudova medytsyna. Kyiv: Universytet Ukraina; 2007. 276 s. [in Ukrainian].
- Cherniak VV, Starchenko II, Fylenko BM, Roiko NV. Osnovy sudovoi medytsyny. Poltava: PDMU; 2024. 172 s. [in Ukrainian].
- MOZ Ukrainy. Nakaz MOZ Ukrainy №6 Pravyla sudovo-medychnoho vyznachennia stupenia tiazhkosti tilesnykh ushkodzhenn Pro rozvytok ta vdoskonalennia sudovo-medychnoi sluzhby Ukrainy; Kyiv: MOZ Ukrainy; 1995. 220 s. [in Ukrainian].
- Mykhailichenko BV, Erhard NM. Sudovo-medychne vyznachennia stupenia tiazhkosti tilesnykh ushkodzhenn poterplykh, zvyuvachenykh ta inshykh osib. Kyiv; 2016. 24 s. [in Ukrainian].
- Barkovich EJ, Taheri MR. Pyriform sinus rupture caused by blunt trauma. Neuroradiol J. 2021;34(2):135-139. DOI: <https://doi.org/10.1177/1971400920975165>
- Famokunwa B, Kemp S, Selby J, Madani G, Sandhu G, Hull JH. Life threatening laryngeal injury in Elite Rugby Union: Prevention and management laryngeal trauma in rugby. Clin Case Rep. 2021;9:494-498. DOI: <https://doi.org/10.1002/ccr3.3565>
- Viejo-Moreno R, García-Fuentes C, Mudarra-Reche C, Terceros-Almanza LJ, Chico-Fernández M. Laryngeal injury in closed cervical traumatism Med. Intensiva. 2019;43:503-507.
- Shi J, Uyeda JW, Duran-Mendicuti A, Potter CA, Nunez DB. Multidetector CT of Laryngeal Injuries: Principles of Injury Recognition. Radiographics. 2019;39(3):879-892. DOI: <https://doi.org/10.1148/rq.2019180076>
- Aksakal C, Karaca I. Isolated vocal cord hematoma developing after blunt neck trauma. Turk J Emerg Med. 2018;19(1):30-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.004>
- Munera F, Martin A. Use of Triaging Algorithms to Decrease CT. Use Following Blunt Head and Neck Trauma. Radiology. 2021;298(3):630-631. DOI: <https://doi.org/10.1148/radiol.2021204103>
- Gupta V, Salaria N, Sharma N, Vandana , Kaur G. Unusual presentation of laryngotracheal injury due to electric burn. J Otorhinolaryngol. 2020;3(3):114-116. DOI: <https://doi.org/10.18231/j.ijoas.2020.024>
- Hetman VH, Kravchenko KV, Safonov Vle, Nehoduiko VV, Khuda Mlu, Makarov VV, та in. Travmatychnyi rozryv trakhei pry zakrytii travmi hruudnoi klitky (klinichnyi vypadok). Medytsyna nevidkladnykh staniv. 2024;20(2):119-124. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.20.2.2024.1674> [in Ukrainian].
- Najeibuddin M, Ashima S, Alekhyia M, Sujata P. The voice of injury: a case report of isolated trauma to the larynx J Trauma Inj. 2026;39(1):85-89. DOI: <https://doi.org/10.20408/jti.2025.0065>
- Wong S, Hasan Z, Choo J, Alwis ND, Stephen T, Prasad J. Laryngeal fractures: a 5-year experience from an Australian major trauma centre. Aust J Otolaryngol. 2025;8:1-8. DOI: <https://doi.org/10.21037/ajo-24-78>
- MNIATs medychnoi statystyky. Protokoly nadannia medychnoi dopomohy Otolarynholohiia: Normatyvne vyrobnycho-praktychne vydannia. K.: MNIATs medychnoi statystyky; MVTs Medinform; 2009. 104 s. [in Ukrainian].

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЛЕТАЛЬНИХ ТРАВМ ПІД'ЯЗИКОВО-ГОРТАННОГО КОМПЛЕКСУ за матеріалами ХАРКІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Губін М. В., Малихіна О. І., Войтов Є. О., Сербіненко І. Ю., Першина Л. В.

Резюме. Питання судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень нерідко стає у постраждалих з закритою травмою під'язиково-гортанного комплексу. Мета роботи: аналіз тілесних ушкоджень та їх ступеня тяжкості у постраждалих з закритою тупою травмою під'язиково-гортанного комплексу для встановлення можливості підвищення ефективності судово-медичної діагностики. Матеріалом для роботи стали 78 висновків (актів) судово-медичної експертизи, 38 постраждалих, що проведена на базі відділу потерпілих обвинувачених та інших осіб, відділу комісійних судово-медичних експертиз Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи, протягом останніх 5 років. Проведено аналіз наявних спостережень постраждалих з травмою під'язиково-гортанного комплексу. Механізм виникнення ушкоджень визначили в 20 (52,6%) випадку як ударна дія тупих твердих предметів на шию (частіше удари пальцями рук, стислими в кулак), в 17 (46,2%) випадках як стиснення шиї руками, тупими твердими предметами або петлею, в 1 (1,3%) випадку як

стиснення шиї руками та ударна дія тупих твердих предметів.. За матеріалами спостережень постраждалих визначена тяжкість травм під'язиково-гортанного комплексу у судово-медичному відношенні. Тяжкі тілесні ушкодження були встановлені в 3 (3,9%) експертизах, коли був наявний небезпечний для життя стан для постраждалого, а саме механічна асфіксія, або гостра дихальна недостатність. Тілесні ушкодження середньої тяжкості встановлені в 22 (28,2%) експертизах у постраждалих переважно з переломами хрящів гортані. Легкі тілесні ушкодження встановлені в 44 (56,4%) експертизах, коли був наявний гострий посттравматичний ларингіт та помірні морфологічні зміни тканин гортані; і в 9 (11,5%) експертизах ступінь тяжкості тілесних ушкоджень з різних причин взагалі не встановлювався. Встановлено, що судово-медична діагностика травм під'язиково-гортанного комплексу часто ґрунтується на суб'єктивних даних. Не завжди проводиться ларингостробоскопія. Не завжди враховуються динаміка зміни, ступінь порушення функції гортані, період перебігу та кінцевий результат травм гортані у кожному конкретному випадку.

Ключові слова: судово-медична експертиза, травма під'язиково-гортанного комплексу, діагностичні критерії, ступінь тяжкості тілесних ушкоджень.

CHARACTERISTICS OF NON-LETAL INJURIES OF THE hyoid-laryngeal COMPLEX BASED ON THE MATERIALS OF THE KHARKIV REGIONAL BUREAU OF FORENSIC-MEDICAL EXAMINATION

Gubin M. V., Malykhina O. I., Voitov E. O., Serbinenko I. Yu., Pershina L. V.

Abstract. The issue of forensic medical determination of the severity of injuries often arises in victims with closed trauma of the hyoid-laryngeal complex. Aim of the work is analysis of injuries and their severity in victims with closed blunt trauma of the hyoid-laryngeal complex to establish the possibility of increasing the effectiveness of forensic-medical diagnostics. The material for the work was 78 conclusions (acts) of forensic medical examination, 38 victims, which was carried out on the basis of the department of victims of accused and other persons, the department of commission forensic-medical examinations of the Kharkiv regional bureau of forensic-medical examination, over the last 5 years. An analysis of the available observations of victims with trauma to the hyoid-laryngeal complex was carried out. The mechanism of injury was determined in 20 (52.6%) cases as the impact of blunt solid objects on the neck, in 17 (46.2%) cases as compression of the neck with hands, blunt solid objects or a noose, in 1 (1.3%) case as compression of the neck with hands and the impact of blunt solid objects. based on the materials of the observations of the victims, the severity of injuries to the hyoid-laryngeal complex in forensic terms was determined. Severe bodily injuries were established in 3 (3.9%) examinations, when there was a life-threatening condition for the victim, namely mechanical asphyxia or acute respiratory failure. Moderate bodily injuries were established in 22 (28.2%) examinations in victims mainly with fractures of the laryngeal cartilages. Simple bodily injuries were established in 44 (56.4%) examinations, when there was acute post-traumatic laryngitis and moderate morphological changes in the laryngeal tissues. In 9 (11.5%) examinations, the severity of bodily injuries was not established at all for various reasons. It was established that forensic-medical diagnostics of injuries of the hyoid-laryngeal complex is often based on subjective data. Laryngostroboscopy is not always performed. The dynamics of change, the degree of laryngeal dysfunction, the period of the current and the final result of laryngeal injuries in each specific case are not always taken into account.

Key words: forensic-medical examination, trauma of the hyoid-laryngeal complex, diagnostic criteria, severity of bodily injuries.

ORCID кожного автора та їх внесок до статті:

Gubin M. V.: <https://orcid.org/0000-0002-2383-3211> ^{ABCD}

Malykhina O. I.: <https://orcid.org/0000-0001-7003-9064> ^{BCE}

Voitov E. O.: <https://orcid.org/0000-0001-8835-9154> ^{BCF}

Serbinenko I. Yu.: <https://orcid.org/0000-0002-6296-146X> ^{BDE}

Pershina L. V.: <https://orcid.org/0000-0002-2956-1050> ^{ACE}

Конфлікт інтересів:

Автори статті підтверджують відсутність конфлікту інтересів

Адреса кореспонденції

Губін Микола Володимирович

Харківський національний медичний університет

Україна, 61052, м. Харків, вул. Дмитрівська 14/16

Тел.: +380503012400

E-mail: n-gubin@ukr.net

А – концепція роботи та дизайн, В – збір та аналіз даних, С – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, Е – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє необмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 22.05.2026 року

Стаття прийнята до друку 19.08.2026 року

Опубліковано 29.09.2026 року