



ПОСТАСФИКСИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

Х.В.Нурматов

ассистент курса судебной медицины кафедры
патологической анатомии и судебной медицины
<https://doi.org/10.5281/zenodo.8016106>

Аннотация. Постасфиксические состояния наблюдаются в случаях, когда процесс асфиксии прерывается. При этом у лиц, оставшихся в живых, отмечаются своеобразные расстройства, которые Ю.А. Молин предлагает объединить термином «постстрангуляционная болезнь».

Ключевые слова: асфиксия, медицина, практика, диагностика, метод.

ВВЕДЕНИЕ

Из объективных показателей механической травмы шеи при странгуляции ценны отоларингологические симптомы: отек и гиперемия слизистой оболочки рта, глотки, гортани; мелкоочаговые и точечные кровоизлияния в их слизистую оболочку, в барабанных перепонках.

Клинически регистрируются: осиплость голоса, нарушение глотания, сухость в горле, боль в глубжележащих тканях в проекции повреждений на кожном покрове шеи, шум в ушах. Иногда наблюдаются переломы подъязычной кости и хрящей гортани. При специальном осмотре, в этих случаях, может отмечаться: стеноз гортани, застойная гиперемия глотки, парезы голосовых связок, гортанных и возвратных нервов, лицевого нерва, снижение кожной чувствительности лица и шеи. Это, в ряде случаев, ведет к развитию угрожающих жизни отека и стеноза гортани, отека глотки, что вызывает необходимость проведения срочного оперативного вмешательства – трахеотомии.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Следует иметь в виду, что, благодаря рыхлости клетчатки шеи создаются благоприятные условия для возникновения и прогрессирования кровоизлияний и отеков при переломах подъязычной кости и хрящей гортани, что может «отсроченно» привести к сужениям гортани, тяжелым нарушениям дыхания. Грозными осложнениями могут явиться: западение вывихнутых хрящей, ведущее к стенозу; кровотечение при повреждениях слизистой оболочки гортани с угрозой аспирации кровью.

Клинические симптомы со стороны ЦНС многочисленны и разнообразны. Механическая асфиксия, сопровождающаяся выраженным



расстройством мозгового кровообращения, всегда представляет угрозу для жизни потерпевшего. Из признаков поражения ЦНС важное значение имеет потеря сознания, амнезия, судороги, микроорганическая симптоматика и др.

Помимо поражений ЦНС, возможны значительные клинические и морфологические изменения сердца при постстрангуляционных состояниях. По данным Р. А. Якупова (1990), признаками опасных для жизни расстройств функции сердца на ЭКГ являются синусовая тахикардия, явления перегрузки правой половины сердца на фоне гипоксии миокарда, которые наблюдаются при длительности странгуляции свыше 4 минут.

Клиническая характеристика постасфиксического состояния после опасной для жизни странгуляционной асфиксии (по Якупову Р.А., 1990):

1. Асфиксическая кома. Продолжительность этого периода составляет от 4 до 24 часов (в среднем 10-12 часов) в зависимости от продолжительности странгуляции, своевременности и адекватности реанимационных мероприятий и интенсивной терапии. В течении асфиксической комы выделяют ряд стадий:

1. *Стадия арефлексии, мышечной атонии и резкого угнетения стволовых функций.*

Характерны отсутствие реакций на внешние раздражения и рефлексов (роговичного, зрачкового, глотательного и др.), максимальное расширение зрачков. Глаза полуоткрыты, глазные яблоки фиксированы кверху в положении расходящегося косоглазия. Мышечный тонус снижен, пассивное вытянутое положение тела и конечностей с ротацией стоп кнаружи, следы непроизвольной дефекации и мочеиспускания. Пульс слабого наполнения и напряжения, временами не прощупывается, тоны сердца ослаблены, аритмичны, артериальное давление 70/30 мм. рт. ст. или не определяется. Цианоз с мраморным оттенком кожных покровов, акроцианоз, синюшность и одутловатость лица, шеи, мелкоточечные кровоизлияния на слизистой оболочке век. Дыхание затрудненное, ослабленное с участием вспомогательных мышц, аритмичное, временами останавливается, изо рта и носа выделяется пенная слизь.

2. *Стадия децеребрационной ригидности, пирамидной гипертонии и тонических судорог.*

Проявляется тоническим напряжением всей скелетной мускулатуры



по типу децеребрационной ригидности с преобладанием в группе мышц-разгибателей, мышц шеи с тризмом челюстей. Тонические судороги и напряжение мышц верхних и нижних конечностей с гиперэкстензией их и с нарастающими по интенсивности произвольными движениями кистей и пальцев рук замедленного пронаторно-сгибательного характера, вытягивание стоп в резкой подошвенной флексии, прогибание туловища в спине [4].

3. *Стадия тонико-клонических судорог и других гиперкинезов.*

На фоне повышенного мышечного тонуса наблюдаются размашистые насильственные движения рук и ног, отведение, приведение, сгибание и разгибание их, вращательные движения в лучезапястных суставах, вращательные движения туловища. Приступы клонических судорог различной интенсивности – от локальных спорадических подергиваний конечностей, усиливающихся при внешних раздражениях до продолжительных генерализованных судорожных припадков по типу эпилептического статуса.

II. Период оглушения, эффективно-подкоркового психомоторного возбуждения. Продолжительность обычно составляет от 2 до 5 суток (в среднем 3,5 суток) и в его течении выделяют следующие стадии [2]:

1. *Стадия сопора и глубокого оглушения.*

Появление признаков восстановления сознания – ориентировочная реакция на обращение в виде временного прекращения движений, попытки фиксировать взор. Прекращение тонико-клонических судорог. Приступы психомоторного возбуждения по типу аментивно-делириозного состояния – частые изменения положения тела, переворачивания вниз лицом, вращательные движения головой, попытки встать [6].

2. *Стадия легкого оглушения и сонливости.*

Прекращение психомоторного возбуждения, полусонное состояние, слабое реагирование на окружающее, дезориентация в пространстве и окружающей обстановке. Появление способности фиксировать взор при обращении, выполнять простейшие указания (поднять руку, открыть рот и др.), словом или жестом отвечать на вопросы о самочувствии. Констатация жажды, жалобы на боли в области шеи и др.

Литературы:

1. Асфиксия новорожденных: монография / Н. П. Шабалов [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: МЕДпресс-информ, 2013. – 367 с.



POLAND

CURRENT APPROACHES AND NEW RESEARCH IN MODERN SCIENCES

International scientific-online conference



POLAND

2. Мишин Е.С. Судебно-медицинская экспертиза удушения петлей. – Дисс... докт... наук, СПб., 2017. – 444 с.
3. Молин Ю.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях посттрангуляционной болезни: Учебное пособие. – СПб.: СПб МАПО, 2011. – 46 с.
4. Судебно-медицинская экспертиза механической асфиксии: рук. для врачей / В.И. Витер, Е.Ф. Газов, А.А. Матышев, Е.С. Мишин. Под ред. А.А. Матышева, В.И. Витера. – Санкт-Петербург-Ижевск: Медицина, 2013. – 217 с.
5. Федоров М.И. Судебно-медицинское и клиническое значение постасфиксических состояний. – Казань, 2017. – 312 с.
6. Хохлов В.В. Судебная медицина: Руководство. Изд-е 3-е перераб и доп. – Смоленск, 2010. – 992 с.

