

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА Судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО

Рецензия профессора, ДМН кафедры Судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО Чикун Владимир Ивановича на реферат ординатора первого года обучения специальности судебная медицина Самохваловой Анны Сергеевны по теме: «Компрессионная асфиксия».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Судебная медицина:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
10. Структурированность	+
11. Наличие орфографических ошибок	—
12. Соответствие текста реферата его теме	+
13. Владение терминологией	+
14. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
15. Логичность доказательной базы	+
16. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
17. Круг использования известных научных источников	+
18. Умение сделать общий вывод	+

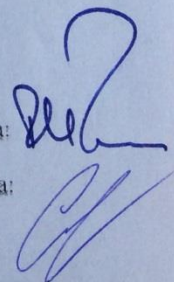
Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 19.10.2018

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г.
Подзолкова с курсом ПО

Зав. кафедрой:
д.м.н., профессор Чикун В.И.
Руководитель:
д.м.н., профессор Чикун В.И.

Реферат
На тему: «Компрессионная асфиксия»

Выполнила:
Ординатор 1 года
очной формы обучения
Самохвалова Анна Сергеевна

Красноярск, 2019

Содержание

1. Введение

2. Компрессионная асфиксия: общая характеристика

3. Посмертная экспертная оценка

4. Заключение

5. Список использованной литературы

1. Введение

Асфиксия вследствие ограничения дыхательных движений грудной клетки и диафрагмы может возникать остро при обвалах, падениях массивных предметов на тело человека или подостро, когда сдавление частично уменьшает дыхательные движения. Необходимо знать характерные именно для компрессионной асфиксии морфологические изменения трупа, чтобы правильно определять причину смерти.

Цель данной работы - изучить положения о компрессионной асфиксии.

Задачами реферата являются:

- 1) дать понятие компрессионной асфиксии;
- 2) выявить морфологические изменения трупа, характерные для компрессионной асфиксии;
- 3) определить круг вопросов, решаемых судебно-медицинской экспертизой.

1. Компрессионная асфиксия: общая характеристика

При сдавлении груди и живота развитие механической асфиксии связано с невозможностью или значительным ограничением дыхательных движений грудной клетки и передней брюшной стенки. Наиболее часто этот вид механической асфиксии наблюдается при гибели людей под завалами в результате стихийных бедствий и военных конфликтов, но возможна также при автотравме или в толпе при панической давке, т. е. в результате несчастного случая. При обвалах, взрывах и землетрясениях торакоабдоминальная компрессия обыкновенно сочетается с аспирацией выпучих тел, что утяжеляет асфиксию.

Убийство путем сдавления грудной клетки, как правило, касается только грудных детей.

Тяжесть асфиксии и быстрота наступления смерти зависят от тяжести сдавливающих грудь и живот предметов, площади давления и его направления. При сдавлении тела в переднезаднем направлении смерть наступает скорее, чем при сдавлении в боковом направлении. Сдавление верхних отделов живота переносится особенно тяжело, поскольку в этом случае создается препятствие не только для движений диафрагмы, но и для сердечной деятельности.

Причиной смерти при торакоабдоминальной компрессии могут быть и асфиксия, и гемодинамический удар -- внезапный обратный ток крови по верхней полую вену. Возможно также сочетание нескольких причин:

асфиксии, травматического шока, острой кровопотери и синдрома длительного сдавления.

При данном виде механической асфиксии наблюдаются признаки компрессии груди и живота в виде кровоподтеков, в том числе по ходу складок одежды, ссадин, серозно-геморрагических пузырей и т. п., а также отпечатки сдавливающих тяжелых предметов и одежды в виде характерных повреждений кожи живота и груди.

Смерть от механического задушения вызывается также препятствиями для дыхательных экскурсий вследствие сдавления грудной клетки и живота. Механизм смерти при данном виде задушения такой же, как и при других видах механической гипоксии, смерть наступает быстро.

При осмотре трупа на месте происшествия отмечают локализацию и позу трупа, часть тела, которая была придавлена, указывают сдавливающий предмет, его размеры и приблизительную массу.

С этим видом задушения приходится в основном встречаться при несчастных случаях в качестве производственной или транспортной травмы: при обвалах породы, песка в карьерах, на стройках; при придавливании кузовом автомашины, обвалившейся частью постройки или забора. Случайные сдавления могут быть также в большой толпе.

Возможны сдавления грудных детей телом матери во сне. Однако доказать в таких случаях морфологически при вскрытии трупа ребенка этот вид смерти невозможно. Следует вспомнить то, что было сказано в отношении присыпания детей грудного возраста. Сдавление груди и живота у детей грудного возраста может быть и не случайным, а умышленным.

Диагностика сдавления груди и живота затруднений не представляет в случаях, когда морфологическая картина хорошо выражена.

Пример. Труп гражданки М. обнаружен на бетонном полу арматурного цеха в 13 м от входной двери. Труп лежит на животе, головой от двери, ноги вытянуты, параллельны друг другу, направлены ко второму окну на левой стене цеха от двери. На спине трупа гражданки М. лежат 3 стальных листа размерами 2-3 м толщиной 6 мм каждый, общей массой около 800 кг. Стальные листы полностью закрывают туловище и бедра трупа, видны только голова и стопы. Судебная медицина.

Механизм наступления смерти при сдавлении груди и живота имеет некоторые особенности. При компрессии живота резко уменьшается подвижность диафрагмы; она оказывается поджатой к легким и сердцу, что в значительной степени препятствует участию диафрагмы в дыхательных движениях. Такое положение диафрагмы не только вызывает затруднение

дыхания, но и изменяет нормальный ритм сердечной деятельности, что сопровождается нарушением гемодинамики и ведет к быстрому ослаблению деятельности сердца, связанной с развитием гипоксии миокарда. При сдавлении грудной клетки нарушается гемодинамика в сосудах головного мозга. Одновременное сдавление груди и живота приводит к развитию ряда патологических явлений, способствующих нарастанию гипоксии, которая в конечном итоге обуславливает асфиксию как непосредственную причину смерти.

2. Посмертная экспертная оценка

При наружном осмотре трупа выявляются резкая отечность и интенсивный цианоз лица в сочетании с множественными точечными кровоизлияниями в кожу, слизистые оболочки, мягкие ткани головы, шеи, верхней половины груди и верхних конечностей (экхимотическая маска).

Возможны также кровотечения из носа и ушей. Образование экхимотической маски связано с резким нарушением венозного оттока от верхней половины тела. При повышении давления в венах полнокровие и разрывы с кровоизлияниями преобладают в сосудах системы верхней поллой вены, лишенных клапанов.

При внутреннем исследовании помимо ярко выраженных общеасфиксических признаков наблюдается карминовый отек легких, связанный с нарушением оттока крови из легких при достаточно высокой степени оксигенации крови в них за счет остаточного дыхания.

Карминовый отек легких включает полнокровие, отек, кровоизлияния под плевро и ярко-красный цвет легочной ткани. Он может быть и очаговым -- на фоне неизменной ткани участки различных величины и формы, окрашенные в ярко-красный цвет, а также ало-красные точечные кровоизлияния. Легочные вены при этом переполнены кровью. Верхушки и края легких остаются бледно-розовыми, эмфизематозно вздуты. Иногда развивается буллезная эмфизема легких. Карминовый отек легких встречается при медленном развитии асфиксии, когда длительно сохраняется поверхностное дыхание и успевает развиваться отек.

При исследовании трупов грудных детей при этом виде асфиксии чаще не находят никаких объективных признаков, на основании которых можно было бы говорить об убийстве.

Микроскопические признаки механической асфиксии от торакоабдоминальной компрессии: субдермальные и субплевральные серозногеморрагические субэпителиальные пузыри; полнокровие,

иррегулярная острая эмфизема (иногда буллезная) и бронхоспазм в ткани легких; при отсроченной смерти -- позиционные некрозы торакоабдоминальных мышц с развитием картины ДВС-синдрома (миоглобинурийный нефроз, тромбы сосудов легких и т. д.); микроскопические подтверждения экхимотической маски.

При вскрытии отмечается резкий венозный застой во внутренних органах. Легкие резко застойные, с рассеянными в них мелкими и крупными кровоизлияниями. Иногда легкие бывают светло-красного цвета -- это так называемый карминовый отек легких. Кроме того, отмечается большое количество субплевральных экхимозов. На разрезах в легких часто обнаруживаются крупные очаги кровоизлияний. Полости сердца и венозные сосуды переполнены темной кровью. Обширные кровоизлияния наблюдаются в мышцах груди, шеи, спины. Паренхиматозные органы брюшной полости -- печень, почки -- плотные, резко застойные. Такой же вид имеет и селезенка.

Большое количество кровоизлияний обнаруживается иногда в слизистых полости рта, гортани и трахеи. Резко застойна слизистая глоточного кольца. Экхимозы встречаются и под брюшиной, в частности в области диафрагмы. Морфологические изменения объясняются острым возникновением резких препятствий для оттока крови из органов и переполнением кровью венозной системы.

В зависимости от обстоятельств происшествия на теле могут быть отмечены различные механические повреждения в виде переломов костей, надрывов, отрывов, размозжений внутренних органов, которые сами по себе могут явиться причиной смерти пострадавшего.

При осмотре места происшествия отмечают характер сдавливающих предметов, повреждения и наложения на одежде, следы давления и отпечатки сдавливающих предметов на коже, окраску кожных покровов.

В некоторых случаях этот вид задушения сопровождается повреждениями внутренних органов, возникающими в связи со сдавлением груди и живота. При этом могут быть переломы ребер, разрывы внутренних органов -- печени, сердца, селезенки, кровоизлияния в полости тела. В подобных случаях речь может идти о конкуренции причин смерти -- гипоксии, шоке, кровотечении.

В типичных случаях диагностировать смерть от сдавления груди и живота несложно.

Пример. Причиной смерти гражданки Ш. явилось сдавление груди и живота, что подтверждается обнаружением характерных признаков: одутловатости и

синюшности лица и шеи, множественных кровоизлияний в конъюнктиву обоих глаз, кожу лица, слизистую оболочку рта, кровоизлияний в мышцы языка, шеи, груди, а также выраженного застойного полнокровия внутренних органов, отека и полнокровия вещества головного мозга.

Основные вопросы, решаемые судебно-медицинской экспертизой при сдавлении груди и живота:

1. Не наступила ли смерть от асфиксии при сдавлении груди и живота?
2. Если смерть наступила, то каким предметом (предметами) сдавливались грудь и живот и как долго?
3. Какие повреждения обнаружены на потерпевшем?
4. Каковы свойства травмирующих предметов?
5. Какова возможность причинения повреждений предметами данного типа?
6. Какова возможность причинения повреждений конкретным предметом?
7. Имеются ли повреждения, которые могут указать на возможную борьбу и самооборону?
8. Не принимал ли пострадавший незадолго до смерти алкоголь (наркотические вещества)?
9. Имеются ли данные, свидетельствующие о беспомощном состоянии потерпевшего перед наступлением смерти?
10. Какова возможность возникновения травмы в конкретных условиях?
11. Какими заболеваниями страдал пострадавший?
12. Сколько времени прошло от смерти до исследования трупа?

Заключение

Компрессионная асфиксия чаще всего встречается при обвалах и автокатастрофах, травмы происходят также во время давки.

Умение выявить компрессионную асфиксию очень важно, так как этот вид асфиксии, как правило, бывает при несчастных случаях, что влияет на квалификацию деяния.

Список использованной литературы

I. Нормативно-правовые акты:

1. "Конституция Российской Федерации" (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ) // Российская газета от 25.12.1993, № 237. ст.1101; "Российская газета", 2009. N 7. Ст.137.
2. "Уголовный кодекс Российской Федерации" от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 03.02.2014) // "Собрание законодательства РФ", 17.06.1996. N 25. ст. 2954; "Собрание законодательства РФ", 2014. №10. Ст.2166.
3. "Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации" от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 03.02.2014) (с изм. и доп., вступ. в силу с 15.02.2014) // "Собрание законодательства РФ", 24.12.2001, N 52. ст. 4921; "Собрание законодательства РФ", 2014. №61. Ст.4166.
- 4. Федеральный закон** от 31 мая 2001 г. № 73 - ФЗ «О государственной судебно - экспертной деятельности в Российской Федерации» // Парламентская газета . 2001. № 100; Парламентская газета. 2013. № 267.

II . Книги и брошюры:

1. Волков В.Н., Датий А.В. Судебная медицина. Учебное пособие для ВУЗов. М., 2009. 437с.
2. Дерягин Г.Б. Процессуальные основы медицинской судебно-экспертной деятельности. Архангельск, 2007. 324с.
3. Судебная медицина. Учебник / Под ред. В.Н.Крюкова. М.: Медицина, 2008. 464с.
4. Судебная медицина. Учебник для вузов / Под ред. В.В.Томилина. М.: Медицина, 2010. 576с.
5. Томилин В.В., Пашинян Г.А. Руководство по судебной медицине. М., 2007. 549с.