

**Карагандинский государственный медицинский университет
Центр практических навыков**

СРС

Странгуляционная асфиксия

Выполнила: студ. гр. Е – 04 Касенова С.Ш.

Проверила: преподаватель Клочкова Е.В.

Караганда 2016

Странгуляционная асфиксия — жизнеопасное повреждение, возникающее вследствие острейших обструктивных нарушений дыхания на уровне верхних дыхательных путей в сочетании с прямым механическим сдавлением кровеносных сосудов и нервных образований шеи под действием петли-удавки. В связи с этим на шее формируется странгуляционная борозда, или полоса сдавления. Реже удушение возникает при насильственном прекращении поступления воздуха через рот и нос пострадавшего.



Этиология

- Странгуляционная асфиксия — результат самоповешения как следствие суицидной попытки лица, часто страдающего психическим заболеванием (в 25% случаев) или хроническим алкоголизмом (в 50% наблюдений). Повешение возможно не только в вертикальном положении тела пострадавшего без опоры на ноги, но и сидя и даже лёжа. Иногда в основе странгуляционной асфиксии лежит криминогенная ситуация, в том числе и удушение руками, или несчастный случай, который может произойти у пациента со слишком тугим воротником рубашки или туго затянутым шейным платком или галстуком.



- Внезапная потеря сознания и мышечного тонуса в таких ситуациях приводит к спонтанному удушению. Реже пострадавший при потере сознания просто падает вниз лицом на твёрдый предмет, располагающийся поперёк шеи, что прекращает дыхание и сдавливает кровеносные сосуды и нервные образования шеи.
- Удушение характеризуется быстро наступающими расстройствами газообмена по типу гипоксемии и гиперкапнии, кратковременным спазмом сосудов мозга, а затем стойким их расширением и резким повышением венозного давления. Повышение венозного давления в бассейне
- сосудов мозга приводит к глубоким нарушениям мозгового кровообращения, диффузным кровоизлияниям в вещество мозга, развитию гипоксической энцефалопатии.

Процесс умирания от странгуляционной асфиксии можно разделить на четыре стадии, каждая из которых продолжается несколько секунд или минут.

■ Для **I стадии** характерны сохранение сознания, глубокое и частое дыхание с участием всей вспомогательной мускулатуры, прогрессирующий цианоз кожи, тахикардия, повышение артериального и венозного давления.

■ Во **II стадии** сознание утрачивается, развиваются судороги, возникают произвольные дефекация и мочеиспускание, дыхание становится редким.

■ В **III стадии** происходит остановка дыхания продолжительностью от нескольких секунд до 1—2 мин (терминальная пауза).

■ В **IV стадии** атональное дыхание переходит в полную его остановку и наступает смерть.

Странгуляция продолжительностью более 7—8 мин абсолютно смертельна.

- Нарушения жизненно важных функций при повешении напрямую зависят от локализации петли. Если она расположена выше гортани, а узел - на задней поверхности шеи, то сжимаются каротидные синусы и наступает немедленное апноэ и остановка сердца. При расположении петли ниже гортани, а узла на передней или боковой поверхности шеи, остановка сердца и дыхания происходят не рефлекторно, а по мере развития настоящей асфиксии.



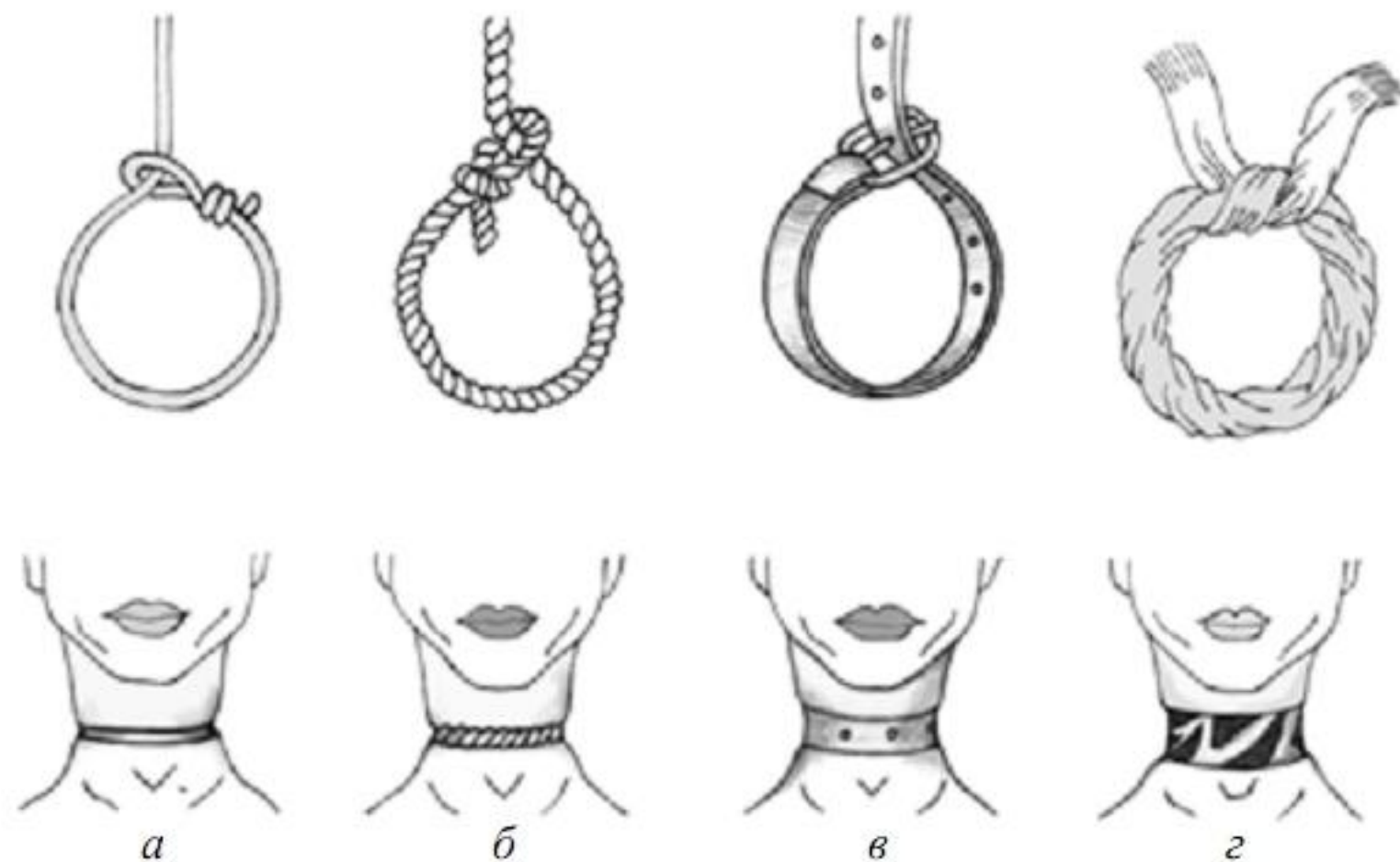


Рис. 271. Особенности рельефа странгуляционной борозды в зависимости от материала петли (по [А.А. Солохину](#), 1981): жесткая (а — проволока); полужесткая (б — веревка, в — ремень); мягкая (г — шарф)

Клиника

- Странгуляционная борозда на шее;
- Сознание: от спутанного до полного отсутствия;
- Кожные покровы бледные, акроцианоз;
- Расширение зрачков, отсутствие их реакции на свет, нистагм.
- Петехиальные кровоизлияния в склеры и конъюнктивы;
- Дыхание аритмичное или отсутствует;
- Тахикардия + АГ до 200 мм.рт.ст. и более либо гипотензия + брадикардия;
- Часто и быстро развивается кома с судорогами, непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией.



Отражение в странгуляционной борозде свойств матернала петли



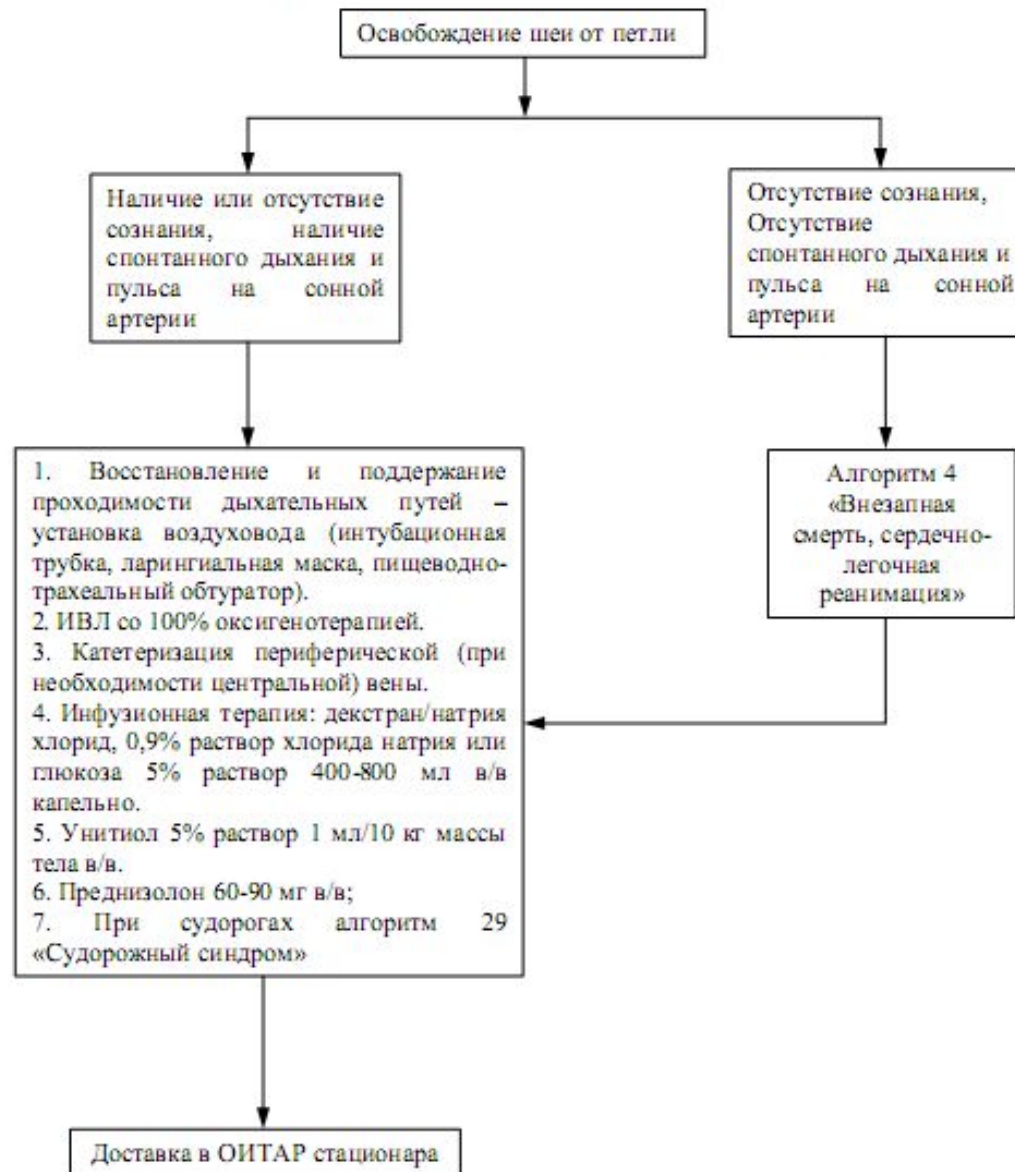
- **Последовательность оказания неотложной помощи на месте происшествия и при транспортировке в стационар:**
- - освобождение шеи пострадавшего от сдавливающей петли;
- - обеспечение проходимости дыхательных путей;
- - при отсутствии сознания, дыхания, кровообращения — сердечно-лёгочная реанимация в полном объёме;
- - пункция вены;
- - при технических сложностях интубации трахеи — коникотомия;
- - при регургитации — приём Селлика и вакуумные отсосы;
- - при аспирации — срочная интубация;
- - ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции с 60—70% содержанием кислорода во вдыхаемой смеси;
- - натрия гидрокарбонат 4% р-р 200 мл в/в;
- - при сохранённой удовлетворительной сердечной деятельности и судорогах — натрия оксибутират 20% р-р — 10—20 мл;
- - бензодиазепины (диазепам) 0,2-0,3 мг/кг (2-4 мл) в комбинации с натрия оксибутиратом 80—100 мг/кг в/в;
- - кристаллоиды, 5-10% р-р декстрозы в/в (400 мл);
- - противоотёчная терапия головного мозга: глюкокортикоиды в пересчёте на 60-90 мг преднизолона в/в, фуросемид 20-40 мг в/в;
- - транспортировка в стационар с продолжающейся ИВЛ и инфузионной терапией, наложенным шейным воротником-шиной.

Неотложная помощь

странгуляционная асфиксия



Алгоритм 61 «Странгуляционная асфиксия»



Стационарное лечение

1. Купирование судорожного синдрома;
2. Проведение ИВЛ по показаниям(в течение от 4 ч до 2—3 сут.)
3. Купирование отека головного мозга;
4. Коррекция КЩС и электролитного состояния;
5. Профилактика гипостатических осложнений;
6. Антибиотикотерапия;
7. При наличии гипоксической энцефалопатии показано проведение гипербарической оксигенации(ГБО);
8. Симптоматическая терапия.

- Практически у всех пострадавших в постасфиксическом периоде развивается пневмония. Этому способствуют нарушения трахеобронхиальной проходимости, регургитация, острая эмфизема лёгких, повышение проницаемости альвеолярно-капиллярных мембран вследствие тяжёлой гипоксии. Поэтому необходимы профилактика и лечение этого осложнения (антибиотикотерапия, сульфаниламидные препараты, паровые ингаляции, вибрационный массаж грудной клетки, горчичники на спину и т.д.).
- При повешении иногда возникают переломы позвоночника в шейном отделе (**перелом определяется в виде деформации, т.н. «симптом пуговицы» выше 7-го шейного позвонка**), переломы подъязычной кости и щитовидного хряща гортани. В связи с этим всех пострадавших необходимо госпитализировать с фиксационным воротником-шиной, а в приёмном покое им следует провести рентгенографию шейного отдела позвоночника.

Спасибо за внимание!