

SCI-CONF.COM.UA

**SCIENCE AND SOCIETY:
MODERN TRENDS
IN A CHANGING WORLD**



**PROCEEDINGS OF I INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
DECEMBER 18-20, 2023**

**VIENNA
2023**

SCIENCE AND SOCIETY: MODERN TRENDS IN A CHANGING WORLD

Proceedings of I International Scientific and Practical Conference

Vienna, Austria

18-20 December 2023

Vienna, Austria

2023

UDC 001.1

The 1st International scientific and practical conference “Science and society: modern trends in a changing world” (December 18-20, 2023) MDPC Publishing, Vienna, Austria. 2023. 702 p.

ISBN 978-3-954754-01-4

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Science and society: modern trends in a changing world. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Vienna, Austria. 2023. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/i-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-and-society-modern-trends-in-a-changing-world-18-20-12-2023-viden-avstriya-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: vienna@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2023 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2023 MDPC Publishing ®

©2023 Authors of the articles

ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИЧИНИ СМЕРТІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ, ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ КРОВОВТРАТОЮ

Михайличенко Борис Валентинович,
доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри
судової медицини та медичного права,
Біляков Андрій Миколайович,
доктор медичних наук, професор кафедри
судової медицини та медичного права,
Національний медичний університет
імені О. Богомольця;
Личман Тамара Василівна,
Розовик Ігор Васильович,
ДСУ «Головне бюро судово-медичної експертизи
МОЗ України, м. Київ, Україна

Вступ. Під час судово-медичної експертизи основним завданням являється встановлення причини смерті. Переважно судово-медичний розтин проводять у випадках насильницької смерті. Однак, згідно чинного законодавства судово-медичний розтин проводять також і у випадку раптової смерті, яка може настати у будь-якому віці і періоді життя людини, за будь-яких обставин, від хвороби, яка перебігала скритно і дані про хворобу перед судово-медичним розтином відсутні.

Мета: надати показники, які необхідно враховувати для обґрунтування причини смерті при захворюваннях, які супроводжуються розвитком внутрішньої крововтрати.

Матеріал і методи: аналіз інструктивних та літературних джерел з клінічної та судово-медичної діагностики крововтрати.

Результати та обговорення. Серед захворювань, які можуть привести настання раптової смерті, наявна низка хвороб, які супроводжуються виникненням крововтрати. Так, розвиток крововтрати може бути ускладненням таких хвороб, як ерозивний гастрит, виразкова хвороба шлунку та 12-палої

кишки, хвороба Крона. У таких випадках вона виникає внаслідок прогресування захворювання та розвитку деструктивних змін на фоні існуючого запального процесу у хворобливо зміненому органі. Таке загострення може відбутися раптово або навіть під час перебування хворого на лікуванні у стаціонарі.

Клінічна картина загострення хвороби є досить типовою і її прояви обумовлюються швидкістю, тривалістю та ступенем крововтрати. Так, незначні крововтрати перебігають майже безсимптомно. Якщо ж у хворого виникає різка слабкість, запаморочення, головокружіння, блідість шкіряних покривів, то ці симптоми вказують на можливість виникнення шлунково-кишкової крововтрати. Крім того, загострення виразкового процесу у шлунку призводить до появи кровавої блювоти, яка може бути або одноразовою чи багаторазовою. Блювотні маси мають колір або кофейної гущі або із згортками. Проявом внутрішньої шлунково-кишкової крововтрати є також дьогтеподібний стул, який найчастіше виникає на 2-3 добу від початку крововтрати. Якщо ж крововтрата є інтенсивною, то такі випорожнення можуть з'явитися вже через декілька годин. Без надання медичної допомоги може настати смерть хворої людини.

Порівняно із гострою крововтратою шлунково-кишкові мають повільніший темп та можуть бути неодноразовими. З патофізіологічної токи зору у клінічній симптоматиці мають місце прояви хронічної анемії, на фоні якої і відбуваються загострення таких хвороб та виникнення фатальної шлунково-кишкової крововтрати.

Клінічна діагностика таких випадків може бути складною. При цьому має бути звернена увага на раптову зміну динаміки пульсу, артеріального тиску та особливо на показники крові. Однак, лабораторні показники починають зменшуватися значно пізніше, ніж клінічні дані, лише на 2-3 добу після виникнення крововтрати.

За клінічними проявами шлунково-кишкові кровотечі характеризують відсотком втрати об'єму циркулюючої крові - від легкого ступеня до тяжкого.

При легкому ступеню шлунково-кишкова крововтрата становить до 20% ОЦК, що відповідає 500-1000 мл крові. Така втрата крові супроводжується переважно задовільним загальним станом хворого з можливим розвитком геморагічного колапсу, який проявляється різкою блідістю шкіряних покривів, пульсом слабкого наповнення, незначним зменшенням артеріального тиску.

При середньому ступені тяжкості крововтрати втрачається до 20-30% циркулюючої крові, що становить 1000-1500 мл крові. У хворого розвивається геморагічний колапс, зниження артеріального тиску із слабким наповненням пульсу та його частотою близько 100 за хвилину. У випадку тривалої крововтрати може розвинути шок. При втраті понад 30 % від об'єму циркулюючої крові, що відповідає більше 1500 мл крові, стан хворого є досить важким. Він проявляється втратою свідомості, вираженою гіпотензією з пульсом більше 100 за хвилину. Гематологічні показники характеризуються різким зменшенням вмісту гемоглобіну та кількості еритроцитів. Неминучий гіповолемічний шок настає при втраті 30-40% крові, а при дефіциті ОЦК більше 40% у хворого розвивається термінальний стан.

Внаслідок значних шлунково-кишкових крововтрат в організмі виникає анемічна гіпоксія, показником якої є зменшення вмісту гемоглобіну. Зважаючи на його роль у тканинному диханні, вміст кисню стає критичним при зменшенні кількості гемоглобіну менше 60 г/л, що проявляється ураженням органів-мішеней. Це, насамперед, впливає на функцію серця та проявляється змінами на ЕКГ у вигляді депресії чи підйому сегменту ST, порушенням ритму та скоротливості міокарду. Такі зміни можуть виникати навіть у здорових людей. Але вони є оборотними і у разі підвищення концентрації гемоглобіну понад 70 г/л або насиченні крові киснем зникають та ЕКГ нормалізується. Абсолютним показом для гемотрансфузії є показник гемоглобіну 50-45 г/л при гематокриті 15%. Крім того, її застосовують при появі симптомів гострої серцевої недостатності або при неможливості зупинки кровотечі. У разі доведення вмісту гемоглобіну після гемотрансфузії до 70 г/л у подальших лікувальних заходах переходять на препарати заліза, оскільки гемотрансфузія

не призводить до поповнення його втрат. Тобто, внаслідок кровотечі із шлунково-кишкового тракту виникає поряд із анемічною гіпоксією також і втрата заліза, яке відіграє важливу роль у тканинному диханні.

У літніх людей та у хворих на захворювання серця зміни в його функції можуть виникнути внаслідок гіпоксії при вмісті гемоглобіну в межах 70 г/л, та дещо більших, що пов'язано із поєднанням зменшення кровотоку у серці внаслідок коронаросклерозу та анемії.

Таким чином, поєднання захворювання серця із крововтратою може мати негативний вплив на перебіг шлунково-кишкової крововтрати та призводити до раптового настання смерті навіть не при тяжких ступенях крововтрати.

У тому випадку, якщо патологічне зменшення ОЦК не призводить до розвитку гіповолемічного шоку, то обумовлює загострення наявної ішемічної хвороби серця. Це може проявитися гострою ішемією міокарда із швидким порушенням кровообігу, спазмом артерій, дистонічним розширенням венозного русла, розладами мікроциркуляції, агрегацією еритроцитів, набряком строми, вогнищевою плазморагією з набуханням інтими в судинах міокарду. Такі мікроморфологічні зміни у серці не виникають при смерті від гострої крововтрати. Тобто, внутрішня крововтрата безпосередньо не призводить до настання смерті, а зумовлює загострення у перебігу ішемічної хвороби серця, що вказує на відсутність прямого причинного зв'язку між кишковою крововтратою та настанням смерті.

Висновки. Таким чином, при судово-медичному обґрунтуванні причини смерті у випадку шлунково-кишкової крововтрати необхідно враховувати не тільки наявні показники, що підтверджують крововтрату, але й звертати увагу на лабораторні гематологічні дані щодо вмісту еритроцитів, кількості гемоглобіну, величини гематокриту. Основним критерієм для діагностики причини смерті мають бути морфологічні зміни у серці. Під час перебування хворого у стаціонарі враховувати можливість загострення у нього ішемічної хвороби серця внаслідок поєднання хронічної анемії та тканинної гіпоксії.