

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА

А.Д. ИСЛАМОВ

Врачебная амбулатория Ащисай, Енбекшиказахский район,  
Алматинская область

**Х**ронический обструктивный бронхит – хроническое диффузное неаллергическое воспаление бронхов, приводящее к прогрессирующему нарушению легочной вентиляции и газообмена по обструктивному типу. Проявляется кашлем, одышкой и выделением мокроты. При ХОБ преобладают необратимые изменения легочной ткани, поэтому основные задачи терапии – улучшение качества жизни пациента, предупреждение снижения показателей функции внешнего дыхания, уменьшение клинических симптомов и предупреждение обострений заболевания. Перед началом лекарственной терапии целесообразно провести позиционный дренаж – использование определенного положения тела для лучшего отхождения мокроты. Фармакологическое лечение включает базисную и симптоматическую терапию. Базисная включает антихолинергические средства, селективные агонисты  $\beta_2$ -адренорецепторов, ксантины и глюкокортикоиды. Симптоматическая терапия направлена на улучшение качества жизни пациента (муколитики) и антибактериальная терапия. При неэффективности либо недостаточном эффекте монотерапии антихолинергическими средствами следует применять агонисты  $\beta_2$ -адренорецепторов. Препараты способны быстро и эффективно уменьшать одышку, связанную с бронхоконстрикцией. Ксантины (теофиллин, аминофиллин) эффективны при прогрессировании заболевания, присоединении дыхательной недостаточности. Препараты данной группы способны повышать чувствительность дыхательного центра, улучшать мукоцилиарный клиренс, стимулировать работу дыхательной мускулатуры и уменьшать степень ее утомления. Для улучшения бронхиальной проходимости используют муколитические препараты (ацетилцистеин, амброксол, бромгексин). В период обострения целесообразно их парентеральное применение или в виде ингаляций через небулайзер с дальнейшим переходом на пероральный прием. Антиоксидантная терапия улучшает работу дыхательных мышц и уменьшает выраженность воспалительного процесса в бронхах. Показанием для назначения антибиотиков

при обострениях ХОБ являются клинико-лабораторные признаки бронхолегочной инфекции: интоксикационный синдром, лихорадка, гнойная мокрота и лейкоцитоз. Антибактериальная терапия длится 7-14 дней. Отхаркивающий эффект имеют лекарственные растения – черная редька, настои душицы обыкновенной, травы термопсиса, корень солодки, корень алтея.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Белоусов Ю.Б., Омеляновский В.В. Клиническая фармакология болезней органов дыхания. Руководство для врачей. Москва, 2003. – 176 с.; 2. Коровина Н.А. и соавт. Противокашлевые и отхаркивающие лекарственные средства в практике врача: рациональный выбор и тактика применения. Пособие для врачей. Москва, 2002. – 40 с.

### ТҰЖЫРЫМ

#### СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ БРОНХИТТІ ЕМДЕУ

А.Д. Исламов

Ащысай дәрігерлік амбулаториясы,  
Еңбекшіқазақ ауданы,  
Алматы облысы

СОБ кезінде өкпе тіндерінің қалпына келмейтін өзгерістері басым болады, сондықтан емдеудің негізгі мақсаттары емделушінің өмір сүру сапасын жақсарту, сыртқы тыныс алу функциясының және аурудың асқынуының көрсеткіштерін төмендетудің алдын алу болып табылады.

### SUMMARY

#### TREATMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

A.D. Islamov

Aschisay Medical Ambulance,  
Yenbekshikazakhsky District,  
Almaty Region

Irreversible changes in pulmonary tissue dominate in case of COB, so main therapeutic tasks are improvement of patient's life quality, prevention of reduction in respiratory function signs and disease exacerbations.

## СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 340.6-340.69-340.691.5

## ПРОБЛЕМА УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

А.Б. ТОКТАРОВА, Е.О. КАСЫМБЕКОВ, А.А. АЙТБАЕВ

Центр судебной медицины МЗ РК

**С**удебно-медицинская экспертиза – это особый вид познавательной деятельности человека. В процессе своей деятельности судебно-медицинский эксперт получает новые знания и излагает их в своем заключении. Сам процесс экспертного познания не гаран-

тирует получения истинного результата. В одних случаях эксперт достигает истины, в других нередких случаях он заблуждается, и выводы его оказываются ошибочными [1]. Заключение судебно-медицинского эксперта является одним из доказательств в суде, поэтому заключение

эксперта как относимого, допустимого, достоверного доказательства во все времена уделялось большое внимание. Судебно-следственные органы традиционно требуют от экспертов давать в своих заключениях мотивированные, обоснованные ответы на поставленные перед ними вопросы. В судебно-медицинской практике одним из сложных вопросов является установление причинно-следственной связи между явлениями [2]. В последнее время в РК возросло количество повторных и комиссионных экспертиз, что довольно часто связано с ошибочным определением вида связи телесного повреждения с причиной смерти судебными медиками. Задача судебно-медицинских экспертов, полноценно используя свои знания, правильно установить вид связи с приведением аргументированных и научно обоснованных доказательств своего решения, так как ошибочное установление вида связи может привести к неправильным процессуальным действиям в отношении обвиняемого со стороны органов следствия и суда.

В нашей практике имел место неординарный случай судебно-медицинского исследования трупа молодого человека, умершего в стационаре, с клиническим диагнозом: Инородное тело поясничного отдела. Флегмона поясничного отдела. Сепсис. Согласно данным медицинской карты стационарного больного, **больной А., 27 лет**, поступил в хирургическое отделение с жалобами на плотное болезненное образование поясничной области слева, покраснение в этой области, повышение температуры тела до 38,5°C, общую слабость, недомогание, потливость. Со слов больного 3 дня назад упал дома на штырь. С течением времени появилось уплотнение в поясничной области слева. В связи с усилением боли больной обратился в стационар. Из анамнеза жизни без особенностей. При поступлении температура тела 38,5°C, АД 115/80 мм рт.ст. Пульс 120 ударов в минуту. ЧДД 20 в минуту. Общее состояние больного средней тяжести за счет болевого синдрома и интоксикации. Локально: на поясничной области слева имеются гиперемия, отечность без четких границ. Над образованием имеется зона гиперемии, отек, гипертермия. В центре гиперемированного участка на всем протяжении имеется зона флюктуации. Установлен клинический диагноз: Инфицированная рана поясничной области слева, осложненная флегмоной. В тот же день произведено вскрытие, дренирование флегмоны поясничной области слева. В ходе операции непосредственно над уровнем флюктуации и наивысшего возвышения произведен продольный кожный разрез длиной 3 см, откуда выделился густого, желтого цвета гной объемом около 50,0 мл. Полость обработана и дренирована резиновым выпускником, наложена асептическая повязка. На следующие сутки общее состояние больного резко ухудшилось, стали нарастать признаки полиорганной недостаточности. В отделении реанимации произведена рентгенография легких, в результате которой в мягких тканях поясничной области на уровне 4-го поясничного позвонка определено тело (дробь?). Больной провел в стационаре 1 койко-день, после чего скончался на фоне ИВЛ и проведения интенсивной терапии.

При судебно-медицинской экспертизе трупа в мягких тканях левой поясничной области обнаружена веретеновидная рана в поясничной области слева, длиной 4,0 см, глубиной 1,5 см с расхождением швов на 1,0 см, края фиксированы узловыми швами, ровные, покрыты розоватой грануляционной тканью, из раны скудное сукровичное отделяемое. Мягкие ткани в области раны отечные, гиперемированные. При снятии швов и вскрытии мягких тканей поясничной области в области раны обнаружена подкожная гематома, размерами 8,0x13,0 см и толщиной

до 5,0 см, представленная эластичными буроватыми свертками. В центре гематомы обнаружено скопление гноя. Границы кровоизлияния нечеткие, отмечается пропитывание кровью мягких тканей и распространение крови и гноя по межмышечным пространствам. При ревизии мягких тканей в проекции 4-го поясничного позвонка, на глубине 2,8 см в толще гнойно-некротических масс обнаружена пуля для пневматического оружия калибра 4,5 мм (рис. 1). Пуля изготовлена из металла – свинца, в головную часть которой запрессован металлический шарик из медного сплава. Пуля имеет «грибообразную» форму, которая со стороны донной части расширяется в виде «юбочки», полую изнутри. Общая длина пули – 7,26 мм, диаметр ведущей части пули – 4,40 мм, диаметры «юбочки» – 4,55 мм, диаметр шарика – 3,36 мм, диаметр суженной части пули – 3,28 мм. Внутренние органы трупа дряблые на ощупь, с глинистым оттенком, селезенка с обильным соскобом, отмечается отек ткани головного мозга и легкого. При гистологическом исследовании обнаружены признаки гнойно-некротической раны поясничной области, серозно-гнойной пневмонии, серозно-гнойного гепатита, серозно-гнойного менингита, очаговый некронефроз, брюшина с очаговым кровоизлиянием, отек вещества головного мозга и дистрофия нейроцитов, неравномерное кровенаполнение сосудов внутренних органов с лейкоцитозом. Установлен судебно-медицинский диагноз: Обширная флегмона поясничной области слева. Непроницающее, пулевое ранение поясничной области слева. Общая интоксикация организма. Сепсис. Состояние после операции по вскрытию, дренированию флегмоны поясничной области слева и удалению 50,0 мл гноя (по клиническим данным). Ссадина нижней губы справа. Экспертом сделан вывод, о том, что причиной смерти гражданина А. явился сепсис, развившийся в результате обширного гнойного воспаления мягких тканей поясничной области слева, что подтверждается результатами вскрытия и судебно-гистологического исследования. Условием (но не причиной) для образования гнойного воспаления явилась непроницающая пулевая рана поясничной области, причиненная при выстреле из пневматического оружия.

В ходе судебно-медицинской экспертизы, у эксперта возникли трудности при решении вопроса о причинно-следственной связи непроницающего пулевого ранения поясничной области с наступлением смерти от сепсиса, развившегося после флегмоны той же области. Мнения экспертов по данному случаю разделились. Одни эксперты считают, что непроницающее



Рис. 1. Пуля для пневматического оружия калибра 4,5 мм

пулевое ранение причинило тяжкий вред здоровью и состоит в прямой причинной связи со смертью. другие считают, что телесное повреждение причинило средней степени вред здоровью по признаку длительного расстройства здоровья и прямой причинной связи с наступлением смерти не состоит. Как всем известно, причины смерти **при механических повреждениях** весьма разнообразны. В рабочей кодировочной таблице непосредственные причины смерти при травмах были разделены на 3 группы. I группа – смерть от непосредственного действия травмы – повреждения жизненно важных органов, в том числе несовместимые с жизнью повреждения, острая кровопотеря, шок, сдавление головного мозга и сердца травматическими кровоизлияниями, ушибы головного мозга, жировая и воздушная эмболия, гемопневмоторакс и т.п. II группа – смерть от полостных гнойных процессов, осложнивших повреждения: перитониты, гнойные процессы в полости плевры, медиастениты, энцефалиты, менингоэнцефалиты, гнойные процессы в позвоночном канале. III группа – смерть от неполостных гнойных процессов и других инфекций: пиемия, септикопиемия, септицемия, анаэробная инфекция и другие осложнения [3]. В нашем случае имело место неполостное гнойное осложнение непроникающего пулевого ранения поясничной области в виде флегмоны той же области, которая привела к развитию сепсиса.

Мы считаем, что для обоснованного ответа на вопрос о причинно-следственной связи необходимо тщательно изучить общее состояние здоровья потерпевшего на момент наступления смерти, такие как наличие либо отсутствие иммунодефицитных состояний, сахарного диабета, фурункулеза, хронических инфекций и интоксикаций. Также необходимо учесть качество и своевременность оказания оперативного вмешательства, соблюдение правил асептики, свойства возбудителя, вызвавшего воспаление тканей. По имеющимся у эксперта данным довольно трудно однозначно ответить на данный вопрос. Трудности установления вида связи телесного повреждения с причиной смерти от инфекционных осложнений судебными медиками обусловлены многими объективными и субъективными причинами. К объективным причинам можно отнести: полное отсутствие информации о трупe, поступившем на судебно-медицинское исследование; скудность клинических и лабораторных данных в предоставленной медицинской документации, что часто связано с кратковременностью пребывания больного в стационаре, тяжелым состоянием больного, редкостью встречаемости заболевания и т.п.; отсутствие возможности проведения дополнительных исследований в условиях стационара, патологоанатомической и судебно-медицинской службы (биохимическое, бактериологическое, вирусологическое и др. специальные исследования объектов). К субъективным причинам можно отнести: недостаточное обследование больного, недоучет анамнестических и клинических данных, неправильную трактовку дополнительных методов исследования и заключений консультантов. Также имеют место недостатки в деятельности патологоанатомов и судебных медиков, такие как неполноценное исследование трупов, неправильное составление патологоанатомического и судебно-медицинского диагноза по этиопатогенезу, неверная интерпретация полученных в ходе исследования данных. Таким образом, решение задач, которые ставят судебно-следственные органы перед экспертами по выявлению признаков причинно-следственных связей между травмой и ее исходом, по ряду объективных и субъективных причин нередко вызывает обоснованные затруднения.

### **Выводы**

*Разработать и внедрить критерии по установлению вида связи механического повреждения с различными осложнениями и причинами наступления смерти.*

*Необходимо разработать четкие алгоритмы диагностики, оперативного лечения и ведения медицинской документации для врачей в больницах травматологического и хирургического профиля.*

*Постоянно повышать уровень подготовки врачей-клиницистов, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов с учетом законов логики, познания и правильного клинического мышления.*

*Внедрять в практическую деятельность судебно-медицинской службы современное оборудование и новые методы исследования для аргументированного и научно обоснованного доказательства выводов эксперта.*

### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Вермель И.Г. Вопросы теории судебно-медицинского заключения. Москва, Медицина. 1979; 2. Хрусталева Ю.А. Критерии установления причинно-следственной связи между механической травмой и летальным исходом при смерти на месте происшествия // Судебно-медицинская экспертиза. 2010. – №3. – С. 17; 3. Панкова М.В. Судебно-медицинский анализ непосредственных причин смерти при травматической болезни. – В кн.: Сборник научных статей судебных медиков и криминалистов. Рига; 1984. – С. 83.

### **ТҰЖЫРЫМ**

**СОТ МЕДИЦИНАСЫНДА ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АСҚЫНУЛАР БАР МЕХАНИКАЛЫҚ ЗАҚЫМДАНУЛАР БАР СЕБЕПТІ-САЛДАРЛЫҚ БАЙЛАНЫСТЫ АНЫҚТАУ ПРОБЛЕМАСЫ**

**А.Б. Токтарова, Е.О. Касымбеков, А.А. Айтбаев**

*ҚР ДСМ Сот медицинасы орталығы*

Инфекциялық асқыну арқылы механикалық зақымдану мен өлімнің арасындағы себепті-салдарлық байланысты анықтау проблемасы көкейтесті болып қала беруде. Біздің тәжірибеде науқастың бел аймағына оқпен өтпелі емес жарақаттануынан кейін, сепсисің асқынып дамуымен сол аймақтың флегмондарына байланысты өлімге алып келген жағдай орын алды. Зақымданудың өлімге алып келген байланыстың түрі туралы сұраққа сарапшылардың берген жауаптары қарама-қайшы болды. Сот-медициналық сарапшылардың қорытындыларының сапасын жақсарту мақсатында осы сұрақты шешу жөніндегі шарттарды жасап шығару керек.

### **SUMMARY**

**THE PROBLEM OF THE ESTABLISHMENT OF RELATIONSHIP OF CAUSE AND EFFECT OF MECHANICAL DAMAGES WITH INFECTIOUS COMPLICATIONS IN FORENSIC MEDICINE**

**A.B. Toktarova, E.O. Kassymbekov, A.A. Aitbaev**

*The center of forensic medicine of Ministry of Health RK*

The problem of an establishment of relationship of cause and effect between mechanical damage and death approach through infectious complications was and remains actual. The case of death of the patient after penetrating bullet wound of lumbar area, and a phlegmon of the same area complicated by development of a sepsis took place in our practice. The conclusions of the experts when asked about the type of damage due to the onset of death have been conflicting. Need to develop criteria to address this issue in order to improve the quality of the conclusions of forensic experts.