

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

З.А.ҒИЁСОВ, Э.Х.ЖУМАНИЁЗОВ, Б.З.САФАРОВ.

Постасфиктик ҳолатларда суд-тиббий экспертиза.

ТОШКЕНТ-2009

Тузувчилар: Тошкент тиббиёт академияси суд тиббиёти ва тиббиёт ҳуқуқи кафедраси мудири, т.ф.д., профессор, З.А.Ғиёсов, т.ф.н., доцент, Э.Х.Жуманиёзов, магистрант Б.З.Сафаров.

Такризчилар: Тошкент тиббиёт академияси патологик анатомия кафедраси мудири, т.ф.д., профессор, Р.И.Исраилов. Тошкент Давлат юридик институти криминалистика кафедраси мудири ю.ф.н, доцент А.Н.Норбоев.

Методик қўлланма тасдиқланди:

ТТА МТХ, мажлисида баённома № _____ 2009-й.

ТТА илмий кенгаши қарори баённома № _____ 2009-й.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

“Тасдиқлайман”
ЎзР.ССВ илмий ва ўқув муассасалар
Бош бошқармаси бошлиғи
проф. Ш.Э.Атаханов
“ _____ ” _____ 2009 йил

Кафедра: СУД ТИББИЁТИ ВА ТИББИЁТ ҲУҚУҚИ

Фан: СУД ТИББИЁТИ

Мавзу: Постасфиктик ҳолатларда суд-тиббий экспертиза.

Ўқув методик қўлланма
(Тиббиёт ва юридик олий ўқув юрти ўқитувчи ва талабалари учун)

Тошкент-2009

СЎЗ БОШИ

Инсон организмидаги тўқима ва органларнинг фаолиятини таъминлашда бошқа омиллар билан бир қаторида кислород ҳам муҳим аҳамият касб этади. Ташқи муҳитда ёки организмдаги кислород етишмовчилиги, яъни **гипоксия** жиддий хасталикларга ёки организмнинг тез ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Ташқи муҳит таъсиридан келиб чиқадиган ўткир кислород етишмовчилиги ҳолатлари суд тиббиёти амалиётида алоҳида ўрин тутади. Таъкидлаш лозимки, ҳар қандай асфиктик ҳолат ҳам ўлим билан тугамайди. Бундай ҳолатлар суд тиббий экспертизасида ўзига хос ёндошувни талаб қилади. Шу сабабли постасфиктик ҳолатлари мураккаб экспертизалар қаторига кириб, айнан унинг муҳим объектив белгиларини ўрганиш ва асослаш билан баҳоланади. Шундан келиб чиққан ҳолда ушбу методик қўлланма бундай кўринишдаги экспертизаларни илмий жиҳатдан баҳолашда ва объектив белгиларни асослашда амалий экспертларга ёрдам беради. Шунингдек суд тиббиёт фанини ўқитишда – тиббиёт ва юридик институтлари талабаларига дастур асосида белгиланган механик асфиксия мавзусини тўлдириб, постасфиктик ҳолатлардаги мурда ва тирик шахслар экспертизасини ўтказиш тартиби хусусиятларини ўргатади.

I. АСФИКСИЯ ҲАҚИДА ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТ.

Суд тиббиёти амалиётида кислород танқислиги билан боғлиқ ҳолатлар алоҳида ўрин тутadi. Жумладан, механик асфиксиянинг турли хил кўринишлари натижасида содир бўлган зўраки ўлим структурасида механик жароҳатлардан кейин иккинчи ўринда туради.

Асфиксия—ташқи нафас олишнинг бузилиши туфайли вужудга келадиган, организмда кислороднинг камайиши ва айна пайтда карбонат ангидриднинг кўпайиб кетиши сабабли содир бўладиган, инсон ҳаёти учун муҳим ҳисобланган тизим ва аъзолар фаолиятининг ўткир бузилишидир. Холбуки, “асфиксия” (грекча. sphixis - пульсация) атамаси пульс йўқлигини англатсада бу сўз тиббиёт амалиётида бўғилиш тушунчаси сифатида кенг тарқалган.

Ташқи нафас олишнинг бузилиши механик омил таъсирида бўлса, ушбу ҳолат механик асфиксия деб номланади.

Асфиксия таснифи:

1. Қисилишдан келиб чиқувчи асфиксия:

а) странгуляцион:

- осилиш,
- сиртмоқ билан бўғиш,
- қўл билан бўғиш,
- ўтмас жисм билан бўғиш,
- позицион асфиксия.

б) Компрессион:

- қорин ва кўкрак қафасининг босилиши.

2. Нафас йўллари эпилитидан келиб чиқувчи асфиксия:

а) обтурацион: 1). Оғиз ва буруннинг эпилити. 2). Нафас йўллари эпилити моддалар билан эпилити.

б) аспирацион: кукунсмон моддалар ва суюқликлар аспирацияси.

в) чўкиш.

3. Чегараланган эпилит муҳитдаги асфиксия.

Демак, асфиксия – организмдаги газ алмашинувининг ўткир бузилиши бўлиб, организмда кислороднинг камайиши ва айти пайтда карбонат ангидриднинг организмдаги миқдорининг кўпайиб кетиши билан кузатилади.

Асфиксиянинг ташқи белгиларига қуйидагилар киради:

1. Кўз шиллиқ қаватидаги майда қон қуйилишлар, субконъюнктивал эхимозлар. Узоқ давом этувчи асфиксияда қон қуйилишлар ковоқда, юзда ва кўкрак қафасининг юқори қисмида кузатилади.
2. Юздаги цианоз-доимий бўлмаган белги бўлиб, ўлимнинг биринчи соатларида йўқолади, чунки қон мурда танасининг пастки қисмларига тарқалади.
3. Мурда доғларини кўп ва кенг тарқалган, тўқ бинафша рангда бўлиши.
4. Беихтиёр сийдик, нажас ва манийнинг ажралиши.
5. Кўз қорачиқларининг кенгайиши- мидриаз.

Асфиксиянинг ички белгилари:

Асфиксиянинг ички белгиларини шартли равишда 2 гуруҳга бўлиш мумкин:

А) Тез ўлимга хос белгилар:

1. Қоннинг тўқ қизил ва суюқ бўлиши. Қоннинг карбанат ангидридга тўйинганлиги ва асфиксия вақтида ўпкадан фибриногеназа ферменти кўп миқдорда ажралиши бунинг сабабидир.
2. Ўпка бўлаклари орасида ва юзасида, эпикард остига қон қуйилишлар. (Тардье доғлари). Баъзан оғиз ва юқори нафас йўллари шиллиқ қавати остига майда қон қуйилишлар кузатилади.
3. Ички аъзоларнинг тўлақонлиги.
4. Ўпканинг ўчоғли эмфиземаси.

Б) Асфиксияга хос белгилар:

1. Юрак ўнг бўлагининг қон билан тўлиши кичик қон айланиш доирасида қон айланишни етишмовчилиги ҳисобига содир бўлади.
2. Талоқнинг камқонлиги (Сабинский белгиси).

II. АСФИКСИЯНИНГ ҲАЁТИЙ КЕЧИШИ.

Механик асфиксиянинг ҳамма турларининг кечувида маълум бир умумий хусусиятлар бор бўлиб, у шартли равишда 2-преасфиктик ва асфиктик даврга бўлинади.

Преасфиктик ҳолат – организмга асфиктик омилнинг таъсиридан бошланиб, асфиксиянинг асосий белгилари пайдо бўлгунгача даврни ўз ичига олади. Бу давр ўрта ҳисобда 1 минутгача давом этади ва унда организм компенсатор-мослашув механизмлари орқали кислород танқислиги таъсирини бартараф қилишга ҳаракат қилади. Айни шу сабабли ушбу даврда асфиксияга хос клиник белгилар одатда намоён бўлмайди.

Асфиктик омилнинг таъсири четлантирилмаса, иккинчи - асфиксия даври бошланади. Мазкур даврда қуйидаги босқичларни фарқлаш мумкин:

Инспиратор ҳансираш босқичи, бу босқич 1 дақиқагача давом этиб, чуқур нафас олиш ва унга нисбатан паст нафас чиқариш билан таърифланади, организм чуқур нафас олиш ҳаракатида, максимал даражада кислород танқислигини қоплашга интилади. Бу ҳаракат қонда карбонат ангидриди миқдорининг ошиши ва унинг марказий нерв тизимида, айниқса узунчоқ миёга бевосита ва билвосита таъсири билан боғлиқ. Чуқур нафас олишга ҳаракат қилиниш оқибатида, кўкрак қафаси бирдан кенгаяди ва плевра бўшлиғидаги манфий босим нисбатан, нормага таққослаганда пасайишига олиб келади. Бизга маълумки, организм тинч турганда нафас олишда плевра бўшлиғида манфий босим ўртача 9 мм.сим уст.га тенг. Инспиратор ҳансираш босқичида манфий босим 20мм.сим.уст. миқдоригача бориши кузатилади. Ундан ташқари капиллярларнинг ёрилиши кичкина қон қуйилишларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Уларнинг вужудга келишида қон босимининг кўтарилиши ҳам аҳамиятлидир (Тардье доғлари). Инспиратор ҳансираш босқичи учун қон босими кўзтарилиши, пульснинг тезлашиши хос. Баъзан эса оёқ ва қўлларнинг тартибсиз ҳаракати кузатилиши мумкин.

Экспиратор хансириаш босқичи. Организмда кислороднинг янада камайиши, карбонад ангидриди миқдорининг кўпайиши, узунчоқ миёда нафас марказидаги нафас чиқариш учун маъсул бўлган дорзал ядроларнинг ўта қўзғалишига олиб келади. Бу ҳолат жабрланганда нафас чиқаришнинг нафас олишга нисбатан кучлироқ, узоқроқ бўлиши билан номоён бўлади. Бу босқичда кучли клоник талваслар, ихтиёрсиз равишда сийдик, ахлат, маний ажралиши кузатилади.

Нисбий тинчлик ёки нафас олишнинг қисқа вақтга тўхташи босқичи. Организмда карбонат ангидриди миқдорининг ўта кўпайиб кетиши, кейинчалик нафас марказининг қўзғалиши пасайишига олиб келади. Бу босқичда нафас олиш қисқа вақтга тўхтайд.

Терминал нафас олиш босқичи. Бу босқичда нафас олиш асосан орқа миёа бўйин қисмидаги марказлар ҳисобига бўлади. Бунда яқка, тартибсиз нафас олиш ҳаракатлари кузатилиши мумкин. Барча рефлекслар сўна бошлайди, қон босими кескин пасаяди, кучли талвасалар кузатилиши мумкин. Терминал нафас олиш босқичи одатда 1 минутгача, баъзан 3-5 минутгача давом этиши мумкин.

Нафас олишнинг тўхташи босқичи. Нафас олиш марказларининг фалажланиши ҳисобига содир бўлади. Айни пайтда тартибсиз юрак уриши кузатилади. Бу босқич 3-10 минутгача давом этиши мумкин.

Сўнги босқич, юрак уришининг тўхташи.

Умуман олганда асфиксиянинг ҳаётий кечуви ўртача 5-6 минут давом этади. Таъкидлаш лозимки ҳар бир конкрет ҳолатда механик асфиксиянинг тури, кўриниши, организм ҳолати ва бошқа омиллар билан боғлиқ хусусиятларга эга бўлиши мумкин.

III. ПОСТАСФИКТИК ҲОЛАТ ТУШУНЧАСИ.

Асфиксиянинг оқибати икки хил кўринишда бўлиши мумкин. Аксарият ҳолатларда у ўлим билан тугайди ва бу тугалланган асфиксия деб номланади.

Маълум бир ҳолатларда асфиксия жараёни, яъни унинг организмдаги кечуви турли сабабларга кўра (масалан, сиртмоқдан озод қилинганда, чўкишдан қутқариб қолинганд ва ҳ.з.) бўлиниб, охиригача етмайди. Бундай ҳолатлар тугалланмаган асфиксия дейилади.

Агар асфиксия преасфиктик даврда бўлинса, организмда жиддий ўзгаришлар оқибат тарзида бўлмаслиги мумкин. Чунки юқорида қайд этилгандай бу даврда асфиксияга олиб келадиган омилнинг таъсири организмнинг компенсатор-мослашув механизмлари орқали бартараф этишга ҳаракат қилинади.

Айни пайтда асфиксиянинг кечуви асфиктик даврда узилса, организмда асфиксия билан боғлиқ ўзгаришлар содир бўлгани сабабли оқибат сифатида ўзига хос симптомакомплекс кузатилади. Мазкур ҳолат махсус адабиётда “постасфиктик ҳолат” деб белгиланади.

Адабиётда ушбу ҳолатнинг “постстрангуляцион бузилишлар”, “постреанимацион касаллик” сифатида белгиланишини ҳам кузатиш мумкин. Тугалланмаган асфиксия билан боғлиқ ўзгаришларнинг механик асфиксиянинг барча турларида, фақат странгуляцион асфиксиядан кейин эмас, назарда тутилса бу ҳолатнинг номланишида “постстрангуляцион бузилишлар” атамасининг мувофиқ эмаслиги яққол кўзга ташланади. Шу билан бирга таъкидлаш лозимки, “постреанимацион касаллик” атамаси кенг қамровли бўлиб, келиб чиқиши фақат асфиксия билан боғлиқ бўлмаган ҳолатларни ҳам ўз ичига олади. Бу эса ўз навбатида маълум бир мавҳумликка, асосланмаган умумийликка олиб келади. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда фикримизча турли хил талқинни олдини олиш, мантиқнинг талабларига тўла риоя қилишни таъминлаш учун тугалланмаган асфиксия ҳолатларини ягона атама – “постасфиктик ҳолат” сифатида белгилаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Постасфиктик ҳолатнинг клиник хусусиятлари иккита омилга боғлиқ. Биринчидан асфиксиянинг тури, унинг узилиш даври бўлса, иккинчиси организм билан боғлиқ хусусиятлардир (ёши, саломатлик ҳолати,

касалликлари). Табиий, қанчалик организм асфиксия ҳолатида узоқ бўлса, шунчалик постасфиктик ҳолат оғирроқ кечади. Айни пайтда ёш, соғлом, бақувват организмдаги постасфиктик ҳолатнинг кечувини, кекса, касалманд одамлардаги кечуви билан таққослаб бўлмайди.

Махсус адабиётда постасфиктик ҳолатнинг кечиши ҳақидаги маълумотлар кўп эмас. Улар турли тадқиқотчиларнинг кузатувлари асосида умумлаштирилган, маълум даражада шартли равишда берилган.

А.П.Громов постасфиктик ҳолатнинг кечувида бешта босқични фарқлаб, қуйидаги таснифни келтирган:

1. Ареспири-кома босқичи. Номланишидан кўриниб турибдики, бу босқичда жабрланган кома ҳолатда, нафас олиши тўхтаган.

2. Децеребрацион ригидлик босқичи. Ушбу босқичда функционал децеребрация, яъни асфиктик омилнинг таъсири билан боғлиқ бош мия структуралари фаолиятининг бузилишига хос клиник белгилар, авваломбор тоник талвасалар кузатилади.

3. Ҳушнинг хиралашуви босқичи. Кома ҳолатидан сўнг жабрланган ҳушига кела бошлайди, лекин ҳуши тиниқ эмас. Бу босқичда турли экстрапирамидал симптомлар тремор, каталепсия, вегетатив ва бошқа бузилишлар кузатилиши мумкин.

4. Амнезия босқичи. Жабрланган ҳушида лекин бўлиб ўтган воқеани эслай олмайди (ретроград амнезия).

5. Асоратлар босқичи. Бунда авваломбор руҳий ўзгаришлар тарзидаги турли асоратлар (ўткир маниакаль кўзғалишлар, депрессив ҳолат) ривожланиши мумкин.

Юқорида келтирилган тасниф маълум бир даражада чекланган бўлиб, постасфиктик ҳолат учун хос ривожланиш мумкин бўлган турли хил ўзгаришларни назарда тутмайди. Шу сабабли амалий фаолиятда қўллаш учун Р.А.Якуповнинг таснифи мақсадга мувофиқроқ. Ушбу таснифга маълум бир ўзгаришлар киритиб, қуйидаги ҳолда бериш мумкин.

Постасфиктик ҳолат (Р.А.Якупов) таснифининг модификацияси.

I - давр - асфиктик кома:

а) арефлексия, мушак атонияси, мия ўзаги функцияларини кескин ёмонлашуви босқичи,

б) децеребрацион ригидлик, пирамидал гипертония ва тоник талваса босқичи,

в) тонико-клоник талваса ва бошқа гиперкинезлар босқичи.

II - давр - карахтлик, аффектив-пўстлоқ ости психомотор қўзғалишлар:

а) сопор босқичи,

б) чуқур карахтлик босқичи,

в) енгил карахтлик босқичи,

г) уйқучанлик босқичи.

III- давр - дезориентация ва хотиранинг бузилиши.

IV- давр - асоратлар, қолдиқ ўзгаришлар.

Постасфиктик ҳолат маҳаллий ва умумий патологик жараёнларни ўз ичига олиб, якка патоморфогенезга эга бўлган, “нишон” органларнинг қўшма жароҳати ва асоратларнинг бир хиллиги билан характерланади. Постасфиктик ҳолатни давомийлигига кўра шартли равишда ўткир ва сурункали турига бўлиш мумкин. Аъзоларнинг ўткир жароҳатланиш белгилари бир ойгача кузатилса, сурункали-турли хилдаги симптоматикани ойлар ва йиллар мобайнида кузатилиши билан белгиланади.

М.И.Фёдоров маълумотлари бўйича постасфиктик ҳолат странгуляцион эгат бўйиннинг 30-40 секунддан - 1минут мобайнида сиртмоқда туриши натижасида келиб чиқади. Таъкидлаш лозимки, странгуляцион эгатнинг вужудга келишида бўйинни сиқилиши даврининг узунлигидан ташқари, сиртмоқ тайёрланган материалнинг қаттиқ юмшоқлиги, сиртмоқнинг эни ўта аҳамиятлидир.

Э.П.Александров фикрига кўра ярим-қаттиқ сиртмоқлар билан 2-3 минут бўғишдан ҳосил бўлган странгуляцион эгат 7-10 кун, ҳатто 1 ой мобайнида сақланиши мумкин. Странгуляцион эгатнинг йўқолиш муддати

жароҳатнинг чуқурлигига, ёшга, маҳаллий даволаш усуллари ва бошқа омиллар билан боғлиқ.

Бўйин странгуляциясида бўйин аъзоларининг шикастланиши яъни ҳиқилдоқ тоғайлари ва тил ости суягининг синиши, узуксимон тоғайдан трахеянинг узилиши, трахея ва қизилўнгачнинг қўш жароҳати ва шу кабилар кузатилади. Бунинг натижасида ҳиқилдоқ стенози, дисфагия, ютинганда оғриқ келиб чиқади. Юз нервининг қайтувчи ва ҳиқилдоқ нервларининг шикастланиши овоз бойламларини парези, юз ва бўйин териси сезгирлигининг пасайиши каби асоратларга сабаб бўлади.

Бўйин аъзолари сиқилишида, асосан осилиш ҳолатларида умумий уйқу артерияси интима қаватининг странгуляцион эгат сатҳида ёки ундан пастда кўндаланг йиртилиши (Амюссе белгиси) вужудга келиши мумкин. Бинобарин бу ўзгариш асосан типик, яъни эркин осилиш учун хос бўлиб, катта вазнли шахсларда, силтаб осилиш ҳолатларида кузатилади. мазкур жароҳат постасфиктик ҳолатнинг кечувида турли хил асоратларга олиб келиши мумкин. Улар қуйидаилар:

- бош мия қон томирларининг тромбоэмболияси;
- умумий уйқу артериясининг тромб билан обтурацияси;
- умумий уйқу артериясининг аневризмаси.

Странгуляцион асфиксия ҳолатида бўлиб тирик қолган шахсларда маҳаллий ўзгаришлардан тилнинг тишланма яраси кўпинча учрайди. М.И.Фёдоров 417 та осилишдан қутқарилганларнинг 20% да ушбу жароҳатни кузатган.

Постасфиктик ҳолатда вегетатив тизими фаолиятининг бузилишига хос ўзгаришлар-ҳолсизлик, кўп терлаш, кўнгил айланиши, қусиш, “қорачиқлар ўйини”, терининг гиперэстизияси, ихтиёрсиз сийдик ва ахлат ажралишини кузатиш ва улар жабрланганларда турли хил муддатда давом этиши мумкин.

Марказий нерв системаси томонидан кузатиладиган клиник симптомлар хилма-хил кўринишга эга бўлади. Диагностикада муҳим аҳамиятга эга эрта белгилардан бири кома ҳолати бўлиб, бу ҳолат

асфиксиянинг биринчи минут охири иккинчи минут бошларида ривожланади.

И.А.Концевич ўз текширувлари натижасида 3-4 минутли странгуляциядан кейин ҳушини йўқотиш 5-6 соатга, 5-6 минутлик странгуляциядан кейин эса 20-24 соатгача чўзилганлиги аниқлаган. Типик бўлмаган осилишда 10 минут ичида коматоз ҳолат юзага келиб, 12-14 соат давом этган. Ҳуш йўқолишининг бир суткадан кўп бўлган ҳолатларида деярли ҳуши қайта тикланмаган ва жабрланувчилар маълум вақт ўтгандан сўнг вафот этганлар. Ҳуш йўқолишига боғлиқ равишда мушакларнинг талвасали қисқариши белгилари кузатилади.

Мушакларни талвасали қисқариши юрак ва нафас фаолиятининг тикланиши билан бир вақтда юзага келади. Бу ҳолат 1-12 соат давомида кузатилиб, келиб чиқиши марказий нерв тизими, қон айланишининг ўткир бузилиши ва ацидоз юзага келиши билан тушунтирилади.

И.А.Концевич 37 та сиртмоқдан озод қилинганларнинг 23 тасида талвасалар сиртмоқдан озод қилингандан сўнг 1-3 соатдан кейин юзага келганлигини кузатган.

Р.А.Якупов кузатувида 89 та ўзини осийшга ҳаракат қилган одамларда талваса синдромини таҳлил қилган. Унга кўра талваса синдромини келиб чиқишида мушаклар тонусининг кескин ошиб кетиб, опистотонусгача бориши сабаб бўлган. Странгуляциядан кейинги эрта муҳлатларда талвасалар тоник характерда бўлиб, мушак титрашлари (асосан кўкрак қафаси мушакларида) билан кузатилган. Муаллиф ЭЭГ да бир вақтнинг ўзида мия катта яримшарлари пўстлоғи функциясининг чуқур пасайишини қайд қилган.

Талвасалар ҳушининг ўзига келиши билан якунланган. Талвасаларда мушак қисқариши тетаник, клоник, баъзида эпилептик характерда бўлади. Қисқа муддатли странгуляцияда (2-3 минутгача) талвасалар кузатилмаган. Баъзи бир жабрланувчиларда бош мия катта ярим шарларининг тормозланиши пўстлоқ ва пирамидал йўллариинг жароҳатланишига олиб

келади. Бундай беморларда неврологик симптомлардан Бабинский симптоми кузатилади.

Суд тиббий аҳамиятга эга бўлган марказий нерв тизими томонидан бўладиган ўзгаришлардан бири - амнезиядир. Постасфиктик ҳолатда амнезиянинг келиб чиқиши турли омилларга боғлиқ. Асфиктик ҳолат ўтказган кўпчилик шахсларда кучли ретроград амнезия кузатилиб, амнестик дезориентация билан намоён бўлган. Баъзан жабрланганларда конфабуляция ҳолатлари, яъни хотирадаги узилиш даври сохта хотира билан тўлдирилганини кузатиш мумкин.

Махсус адабиётларда суд тиббий экспертиза жараёнида хусусан жиноий ишларни очиш учун, амнезия, конфабуляция ҳолатларини этиборга олиш зарурияти таъкидланган. Айни пайтда бундай ҳолат фақат странгуляцияга тааллуқли эмаслиги, қолаверса алкоголь мастлик ҳолатида ҳам шунга ўхшаш ҳолатлар кузатилиши мумкинлиги ҳақидаги фикрлар ҳам баён этилган.

Постасфиктик ҳолатда нафас олиш тизими томонидан ҳам бир қатор ўзгаришлар кузатилади. Сиртмоқдан озод қилингандан сўнг нафас олиш ҳаракатларининг чуқурлиги ва ритми бузилади. Ўпка аускультациясида сусайган нафас, баъзан қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади. Баъзан ўпкада пневмонияга хос ўзгаришлар аниқланиши мумкин. Унинг вужудга келишига адашган нервни таъсирланиши, сурфактант синтезининг бузилиши туфайли вужудга келаниган микроателектазлар ва ниҳоят аспиратция каби омиллар мавжуд.

Нафас функциясининг тикланиш характери-оқибатни кўрсаткичидир, яъни тез тикланган нафас оқибати яхши ва аксинча. Илк соатларда ўпка шиши пайдо бўлиши асорати билан тугалланиши мумкинлиги ёмон, чунки бундай ҳолларда даволаш қийин бўлиб, инсоннинг тез ўлимга сабаб бўлади. Бундай ҳолатлар юрак миокардининг гипоксик шикастланиши, қисқариш функциясининг ҳамда ўпка капиллярлари деворининг ўтказувчанлигининг ошиши билан тушунтирилади.

Чўкишда доимо кескин ҳансираш кузатилиб, нафас олганда ўпкага ютилган сув устунни маълум бир кучда алвеолаларда жойлашган ҳавога босим остида таъсир кўрсатиб, сиқади. Натижада альвеолалар чўзилиб ёрилади, шикастланган жой орқали ҳаво ўпканинг оралиқ тўқимасига кириб, ўткир ўпка эмфиземасини келтириб чиқаради. Ўпкадаги қон томирларнинг шикастланиши натижасида сув қон оқимиға тушиб, қонни суюлишиға ва эритроцитларнинг гемолизига олиб келади, шунингдек қон айланиш тизимиға ҳавонинг кириши ҳаво эмболиясига сабаб бўлиши мумкин. Бинобарин ҳаво ва сувнинг қон оқимиға тушиши инфекцион жараён ривожланишиға сабаб бўлиши мумкин.

Постасфиктик ҳолатда юрак қон-томир тизими томонидан ҳам бир қатор ўзгаришлар кузатилади. Улар қуйидаги кўринишда бўлиши мумкин:

- артерия қон босимининг ортиши,
- юрак тонларининг бўғиқлашиши,
- пульс, яъни томир урушининг сустлашиши,
- гемодинамиканинг бузилиши билан, яъни тери ва шиллик қаватларнинг цианози кабилардир .

Қисқа муддатли бўғилишда юрак фаолияти кескин бузилмайди: брадикардиядан кейин тахикардия бўлиб, пульс тўлиқ ва тонуси ошган бўлади. 3-4 минутлик странгуляцияда пульс тезлашиб боради, артериал қон босими бир неча соат пастлигича туради. Агар жабрланувчи сиртмоқда 5-6 минут қолган бўлса, кучсиз ипсимон пульс, доимий гипотензия бўлади. Бунда реанимацион чора-тадбирларсиз юрак фаолияти тикланмайди. Странгуляция давомийлиги 6-7 минутдан ошиб кетса, юрак фаолиятини тиклаган ҳолатда ҳам пульс турғун бўлмайди, жабрланган аҳволининг бирдан ёмонлашуви кузатилиб, диастолик босим аниқланмайди.

Постасфиктик ҳолат асоратларидан бири миокард ишемиясидир. Буни биринчи навбатда адашган нерв травматизацияси билан боғлаш мумкин. Постстрангуляцион даврда юрак чап қоринчаси ёрилиши натижасида юрак тампонадаси, Гисс тутами ўнг оёқчасининг тўлиқ бўлмаган блокадаси,

экстрасистолия, ўткир миокард инфаркти кабилар кузатилиши мумкин. Р.А.Якупов юқорида кўрсатилган юракка хос ўзгаришларни умумлаштириб, “постасфиктик миокардиодистрофия” атамаси билан белгилашни таклиф этади.

Меъда, ичак тизими томонидан ошқозон секретор, экскретор функциясининг пасайиши каби ўзгаришлар бўлиши мумкин. Асфикцияни бошидан кечирган шахсларда маълум... ошқозон ичак тизимида гипоксия, циркулятор ва нерв трофикасининг бузилиши туфайли ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шиллик қаватида ўткир эрозия ва яралар вужудга келиши мумкин. Бу ўзгаришлар адабиётда “постасфиктик гастроэнтеропатия” деб ҳам номланади.

Баъзан порлат тизимдаги димиқиш туфайли вужудга келган микроцеркулятор ўзгаришлар ичак деворларида яраларнинг пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Ошқозон ичак тизимидаги яралар кейинчалик жабрланганда перфорация туфайли перитонит, қон кетиш каби асоратларга олиб келади.

Татқиқотчилар томонидан постасфиктик ҳолатда жигарда қоннинг димиқиши гепатоцитларнинг дистрофияси, ўчоқли некробиози ривожланиши мумкинлиги такидланган. Шу билан бирга реанмация даврининг чўзилиши жигарда майда ўчоқли цетролобуляр некрозига олиб келади.

М.Мюллер ва М.Маршан кузатувларига кўра ифлосланган сувда чўкишдан қутқарилган учта шахсда уч кундан сўнг гепатит аниқланган ва унинг сабаби чўкишда жигарнинг шикастланиши ёки чўкиш натижасида келиб чиққан инфекцион касаллик билан боғлаб тушинтирилган. Чўкиш натижасида вафот этган жабрланганларда склераларнинг сарғимтирлиги кузатилиши мумкин ва бунинг сабаби сифатида сувнинг қон айланиш тизимига тушиб, қоннинг суюлиши туфайли гемолизга учраши келтирилади.

А.В.Сусалкова ва Ф.И.Шкаравский маълумотларига кўра чўкканларда жигар паренхимаси ва ўт қопининг шиши кузатилган.

Сийдик айириш тизими томонидан суткалик диурез миқдорининг камайиши, шишлар, қондаги азот миқдорининг ошиши каби белгилар кузатилиши мумкин. Баъзан жабрланганларда “шок буйраги”га хос ўзгаришлар пайдо бўлади.

Чўкканларни реанимацияси осилганларга нисбатан мураккаброқ, оғирроқ ҳисобланади. Касаллик тарихларини кўриб чиқиб, бундай кўринишдаги экспертизаларни таҳлил қилинганда, чўккандан сўнг сийдик ушланиши ва баъзи ҳолларда сийдикда оксил, эритроцитлар, лейкоцитлар, гиалинли цилиндрларни пайдо бўлиши ва уларни тезда йўқолиши кузатилади. Бу ҳолат А.Гордер фикрича рефлекс табиатга эга бўлиб, организмни совуқ кетиши ва кўрқув билан боғлиқлиги билан тушинтирилади. Л.Крел ўз маълумотларида совуқ сувга тушган баъзи шахсларни совуқсираши натижасида гематурия кузатилиши мумкинлигини қайд қилган.

Қалқонсимон без томонидан: қондаги тироксин гормонининг камайиши кузатилади.

Гипоталамусда микроциркуляция бузилганлиги, асептик пирогенлар таъсири туфайли гипертермик реакциялар кузатилади.

Постасфиктик ҳолатда эрта учрайдиган белгилар билан бир қаторда кеч белгилар ҳам мавжуд. Бу борада М.И.Фёдоров ўз кузатувларига асосланган ҳолда, асфиксия ўтказган шахсларда қуйидаги кеч белгиларни санаб ўтган:

- хотира пасайиши,
- индивидуал характер ўзгариши,
- диққатнинг бузилиши,
- доимий бош оғриғи,
- интеллектнинг пасайиши,
- кўриш ва эшитишнинг марказий типда бузилиши.

Унинг маълумотлари бўйича 25% суицидентларда кучайган умумий ҳолсизлик, бош оғриши, бош айланиши, хотира бузилиши бўлганлиги

сабабли бир неча ойлар мобайнида меҳнат қобилятининг тикланиши қийин бўлган. Марказий нерв тизими сезиларли жароҳатланганда, интеллект яққол пасайганда, деменция ҳолатларда меҳнат қобилятини бутунлай йўқотган беморлар ҳам аниқланган. Кузатувдаги сиртмоқдан озод қилинганларнинг 44% да характернинг “травматик тип” га хос ўзгаришлар кузатилган. Бундай шахсларнинг кейинчалик характери-жаҳлдор ва шовқинли, терс гапларни кўтара олмайдиган, биров одамовироқ бўлиб қоладилар.

Баъзи сиртмоқдан қутқариб қолинганларда кеч белги тарзида бўйин соҳаси иннервацияси билан боғлиқ бўлган ўзгаришлар:

- анестезия,
- гипостезия,
- ютишнинг бузилиши,
- овоз бойламларининг травматик парези,
- вегетатив нерв тизими бузилишлари сақланиб қолган.

М.И.Фёдоров 10 та ҳолат бўйича чўкишдан қутқарилганлардан 9 та ҳолатда 5-10 йилдан сўнг ва 1 ҳолатда беш ойдан сўнг катамнестик текширув олиб борилган. 9 тасида бир неча йил мобайнида соғлиги ёмонлашиб, уни бу ҳолат буйрак, ўпка аъзолари касалликлари кўринишида намоён бўлган. Уларни йўтал, бош оғриқлари хуружи, яққол ҳолсизлик, ҳушдан кетиш ҳолатлари, кўрқув ҳолати, дудуқланиш безовта қилган. 7 та шахсда характер ўзгариши (кескин жаҳлдорлик, таъсирчанлик, йиғлоқилик) безовта қилган. 3 та шахсда 2-5 йил давомида иш фаолиятини сезиларли даражада пасайиши, ўта ҳолсизликни ошиши кузатилган. Ундан ташқари 5 та шахсда кўрқиш ҳолати юзага келиб, чўмилишдан ва чўмилаётганлардан кўрқишган. 6 та ҳолатда хотиранинг сусайиши, ўқиш ва иш фаолиятини, одамлар билан муомала қилиш хусусияти йўқолган. 1 ҳолатда амнестик афазия ва хотира пасайиши кузатилган.

IV. ПОСТАСФИКТИК ҲОЛАТЛАРДА МУРДА ЭКСПЕРТИЗАСИ.

Постасфиктик ҳолатларда ўлим сабабини аниқлаш ҳамма вақт ҳам осон кечавермайди. Бу асфиксия шароитининг ҳар хиллигига, тиббий ёрдамнинг тез ва сифатийлигига жабрланувчи организмнинг хусусиятларига боғлиқ бўлади. Тиббий маълумотлар билан тўлиқ танишиш ва даволовчи врач билан фикр алмашилиш, лаборатор текширувлари билан кенг қамров ва уларнинг натижаларини инобатга олиш, айниқса микроскопик текширув натижаларини ўлим сабабини тўғри аниқлашни имконини беради.

Бу турдаги экспертизалар мураккаб ҳисобланиб даставвал ҳодиса тафсилоти бўйича, иш материалларини, тиббий ҳужжатлар маълумотларини синчиклаб ўрганишни талаб этади.

Постасфиктик даврдаги ўлим сабабларини уч гуруҳга бўлиш мумкин:

1-гуруҳ. Асфиксиядан кейин ўлим биринчи 10 минутларда (ўртача соатларда) юз берса, ўлим асосан асфиктик комадан юз бериши кузатилади.

2-гуруҳ. Асфиксиядан кейин 10 соатларда (ўртача сутка) ўлим асосан ўпка ва бош мия шиши, ички органларда димланиш билан кечадиган ўткир қон айланишининг бузилишидан келиб чиқади. Таъкидлаш лозимки, бош мияда қон айланишининг бузилиши бош мияга иккиламчи қон қуйилиши кўринишида кузатилади.

3-гуруҳда эса асфиксиядан кейин 1 ҳафта ўтиб ўлим юз беришида, ўлимга асосан гипостатик пневмония ва кахексия сабаб бўлади.

Пастстрангуляцион касалликда ўлим сабабини аниқлаш ҳамма вақт ҳам осон кечавермайди, бу осилиш шароитининг ҳар хиллигига, тиббий ёрдамнинг тез ва сифатлилигига,

Постасфиктик ҳолатда кўплаб чўкишдан вафот этганларда турли хил асоратлар кузатилади, жумладан:

- чап қоринча деворига тотал қон қуйилиши,
- миокардда ўчоқли ўзгаришлар (ЭКГ да қайд қилинган),
- яна 5 та ҳолатларда аспирацион зотилжам кузатилиб, икки вазиятда ўлимнинг бевосита сабабчиси бўлган,

- ўпка шиши,
- ўткир бронхит.

Постстрангуляцион касалликда бевосита ўлим сабабларини Ю.А.Молин қуйидаги жадвал тариқасида келтириб ўтган:

Органлар	Патологик жараён	Ўлим сабаби	Ўлим юз бериши мумкин бўлган давр
Бош мия	1). Ўткир постасфиктик энцефалопатия дисциркулятор кўринишлари билан (асфиктик кома) 2). Туғма децеребрация	Бош мия шиши ва бўкиши-дислокация билан. Ҳаёт учун зарур марказлардаги некроз 2). Юқоридагилар	Соатлар, кунлар Кунлар, ҳафталар Ҳафталар
Юрак	1). Миокард инфаркти 2). Ўткир постасфиктик миокардиодистрофия	Ўткир миокард етишмовчилиги Ўсиб боровчи юрак қон-томир-етишмовчилиги Тўсатдан юрак тўхташи	Кунлар Кунлар, ҳафталар соатлар
Ўпка	1) Ўткир икки томонлама пневмония 2). Диффуз пневмосклероз, бронхоэктаз	Ўткир нафас етишмовчилиги Ўсиб боровчи Ўпка-Юрак етишмовчилиги Юқоридагилар	Кунлар ҳафталар ойлар
Буйраклар, жигар	Диспротеиноз, ўткир некротик нефроз ва жигарни ўчоқли некрози.	Ўткир буйрак (жигар) етишмовчилиги	Ҳафталар
Ошқозон, ичаклар	Меъда, ўн икки бармоқли ичак яраси, Ингичка ичак ўчоқли некрози, ичак перфорацияси билан	Ўткир постгеморрагик анемия Йирингли перитонит	Кунлар, ҳафталар Кунлар, ҳафталар

Шуни таъкидлаш лозимки, постасфиктик ҳолатда бутун организм зарарланади ва кўпроқ зарарланган тизимни аниқлаш қийин бўлади. Табиийки, икки ва ундан тизим аъзолари шикастланишининг (масалан,энцефалопатия ва пневмония) биргаликда қўшилиб келиши ўлимни сезиларли даражада тезлаштиради. Постасфиктик ҳолатга тааллуқли ҳар қандай суд тиббий ташҳисини ёзишда авваламбор: постасфиктик ҳолат, кейин эса ўлимга олиб келган сабаблар морфологик белгиларини ёзиш мақсадга мувофиқ бўлади. Суд тиббий ташҳисда ҳаётийликдаги клиник симптомларни (тиббий ҳужжат маълумотларига кўра) келтириш мақсадга мувофиқдир. Мисол тариқасида қуйидаги суд тиббий ташҳисни келтириш мумкин:

Ташҳис: Постасфиктик ҳолат: Бўйин юқори учлигида, олдиндан орқага, пастдан юқorigа йўналган странгуляцион эгат. Ўткир постасфиктик энцефалопатия дисциркулятор кўринишлар билан (тиббий маълумот ва суд-гистологик текширувлар натижасига кўра). Бош мия шиши дислокация билан.

V. ПОСТАСФИКТИК ҲОЛАТЛАРДА ТИРИК ШАХСЛАР ЭКСПЕРТИЗАСИ.

Постасфиктик ҳолатда оғирлик даражасини баҳолаш суд тиббий экспертиза амалиётида бир қанча қийинчиликларни туғдиради. Шу жихатидан тан жароҳати оғирлик даражасини баҳолашда экспертиза ўтказиш усулларини тўғри танлай олиш жуда катта аҳамият касб этади. Масалан: жиноий иш материаллари билан тўлиқ танишиш, тиббий ҳужжатлар маълумотларни синчиклаб ўрганиш, улардаги маълумотларга аниқлик киритиш мақсадида даволовчи врачларнинг эксперт иштирокида терговчи томонидан сўроқ қилиниши, ҳолатнинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда турли соҳадаги клинисистларни (невропатолог, кардиолог, гастроэнтеролог, нефролог, гепатолог, реаниматолог, оторенолоринголог) экспертиза

жараёнига эксперт ёки маслаҳатчи сифатида жалб қилиш шулар қаторига киради.

Амалдаги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 21 октябр 1992 йилдаги №551 буйруғи, 12-илоvasи “тан жароҳатларини оғирлик даражасини суд тиббий аниқлаш қоидалари”га мувофиқ постасфиктик ҳолат ҳаёт учун хавфли жароҳатлар қаторига киритилган. Шу сабабли постасфиктик ҳолат бош мия қон айланишининг бузулиши туфайли вужудга келишини инобатга олган ҳолда, механик асфиксияни тури, кўринишидан қатъий назар “ҳаёт учун хавф” мезони бўйича баҳоланиши лозим. Бинобарин юқорида келтирилган қоидалардаги тан жароҳатининг оғирлик даражасини баҳолаш мезонлари (“ҳаёт учун хавф”, “кўриш, эшитиш қобилиятини ёки бирорта аъзони ё аъзони функциясини йўқотиш”, “руҳий касаллик”, “меҳнат қобилиятини учдан биридан кўпини турғун (доимий) йўқотиш билан боғлиқ соғлиқнинг бузулиши”, “юзнинг йўқолмайдиган бадбурушлиги”, “хомиладорликнинг тўхтатилиши”) орасида “ҳаёт учун хавф” мезони энг жиддий ва устивордир. Шу сабабли постасфиктик ҳолат тегишли тарзда тасдиқланган ҳолатда тан жароҳатини оғирлик даражаси фақат “ҳаёт учун хавф” мезонига биноан аниқлаш мақсадга мувофиқ. Юқорида келтирилган амалдаги қоидаларга мувофиқ постасфиктик ҳолат тасдиқланган тарзда шикастланишнинг оқибатини, яъни соғлиқни тикланишини кутмасдан экспертиза хулосасини якунлаш имконини беради.

Адабиётларда бўйин аъзоларини сиртмоқда ва қўлда сиқилишидан келиб чиққан тан жароҳатларини оғирлик даражасини аниқлашда ҳар хил қарашлар мавжуд. Мисол тариқасида: бўйин соҳасидаги маҳаллий жароҳатлар (организмнинг умумий реакцияси кузатилмаганда) оғирлик даражаси бўйича енгил тан жароҳатларга киритилса, барча ҳолларда бўйин аъзо ва тўқималарини сиқилиши, “ҳаёт учун хавф” мезонига кўра етказилган вақтда ҳаёт учун хавфли бўлган оғир тан жароҳатларига киритилади.

Л.И.Ципковская фикрича, бундай ҳолатларда суд тиббий эксперт етказилган тан жароҳатларини оғирлик даражасини эмас, балки тергов

органларига жабрланувчи ҳаётига суйиқасд қилиш фактини аниқлашда ёрдам берадиган томонларини баҳолаш керак бўлади.

Г.Т.Дзекунов ва В.В.Легезалар тан жароҳатларини оғирлик даражасини аниқлашда қийинчиликлар ва турли хил ёндашув талаб қилишини инобатга олиб, суд тиббий экспертлар тугалланмаган асфиксияни текширувида ва баҳолашда юзаки ёндашишларини айтиб ўтганлар. Масалан: жабрланувчи кўз олмаси конъюнктивасига қон қўйилиш излари аниқланмаса, оғирлик даражаси бўйича енгил тан жароҳатларига киритилган. Тил ости суяги ва бўйин тоғайлари синишига гумон қилинганда бўйин аъзоларини рентгенография қилиб текшириш заруриятини келтириб чиқаради. Экспертизада, авваламбор бўйин соҳаси ҳақиқатдан ҳам сиртмоқ ёки қўл билан бўғилганлигини аниқланиш лозим. Бунинг учун бизга кўпинча странгуляцион эгат доимий белгилардан бўлиб ҳисобланади. Шунини таъкидлаш керакки, сиртмоқ юмшоқ жисмдан бўлганда странгуляцион эгат кўзга яхши ташланмайди ёки йўқолиб кетади. Бундай ҳолларда юздаги, бўйиндаги, кўз шиллиқ қавати ва бириктирувчи тўқималардаги майда қон томирларга эътиборимизни қаратсак мақсадга мувофиқ бўлади.

Бўйин аъзоларининг механик жароҳатланишида объектив қимматлиси бўлиб, отолорингологик симптомлар: оғиз, ҳиқилдоқ, ҳалқум шиллиқ қаватларининг гиперемияси ва шиши, майда жойли ва нуқтасимон қон қўйилишлари, овознинг бўғилиши, ютишнинг қийинлашуви, оғиз қуриши, қулоқдаги шовқин кабилар ҳисобланади. Бундан ташқари марказий нерв тизими жароҳатланиши белгиларидан: ҳушининг йўқолиши, амнезия, талваса, микроорганик симптоматика ва бошқалар шулар жумласидандир.

Бош мия қон айланишини яққол бузилиши билан борадиган механик асфиксия жабрланувчи ҳаёти учун хавф солувчи оғир жароҳатларга киритилган. Демак, коматоз ҳолат қанча узоқ давом этса, ҳаёт учун хавфлилиги шунча ошади. Асосий клиник белгилардан амнезия бош миёда қон айланишини бузилиши билан намоён бўлиб, инсон ҳаёти учун хавфли характер касб этади. Амнезиянинг бўлиши ўз-ўзидан бўйин странгуляцияси

бўлганлигини исботлайди. Амнезияни соғлик учун хавфлилигини баҳолаш учун объектив белгилар билан биргаликда, жабрланувчини психиатр маслаҳати (консультацияси) дан ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Р.Е.Бакшинская, И.А.Фёдоров фикрича юз ва бўйин терисидаги, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги, кўзнинг склераси ва қобикларидаги экхимозлар миёда қон айланиши бузилишининг асосий объектив кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади - бу эса ҳамма ҳолларда ҳаёт учун хавфли деб ҳисобланиши мумкин. Бироқ экхимозлар: кучли хуружсимон йўталда тўхтовсиз кучаяди, туғруқда ҳамда юқори ковак вена тизимида босимнинг ошиши билан кечадиган ҳолларда ҳам кузатилиши мумкин. Баъзи кишиларда экхимозлар нормал ҳолатда ҳам биров веноз босими ошганда ҳам кузатилса (веноз қон томир деворини ўтказувчанлиги ошганда) бу миёда қон айланишининг бузилишидан далолат бермайди, фақатгина нисбий белги бўлиб, ҳаёт учун хавфли кўрсаткич бўлиб ҳисоблана олмайди. Юқорида келтириб ўтилганларнинг барчаси катта ёшдаги жабрланувчилар экспертизасига таъаллуқли ҳисобланади. Лекин суд тиббий экспертни асосий диққат этибори ёш болалардаги ҳолатларни баҳоланишига қаратилган бўлиши лозим, зеро болалар вазиятнинг хавфлилиги ва қанчалик даражада оғирлигини баҳолаш хусусиятига эга эмаслар.

Ҳаёт учун хавфли бўлган муҳим диагностик мезонлар қуйидагилар:

- Амюссе симптоми мавжудлиги,
- Коматоз ҳолатнинг борлиги,
- Арефлексия,
- Мушаклар атонияси,
- Децеребрацион ригидлик ривожланиши,
- Клоник-тоник талвасалар,
- тил ости ва қолқонсимон тоғайнинг жароҳатланиши.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Якупов Р.А.-Электроэнцефалографические и электрокардиографические изменения в раннем постстрангуляционном периоде. Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук. Горький. 1970. 23 с.
2. Богомолов Д.В., Баранова М.Я., Семенов Г.Г.-Особенности танатогенеза при обтурационной асфиксии. Суд.-мед. экспертиза. 2006 №3 с. 30-31.
3. Громов А.П.-Курс лекций по судебной медицине. Москва 1970 с. 180-200
4. Концевич И.А.-Судебно-медицинская диагностика странгуляций.- Киев: Здоровья, 1968. 128 с.
5. Литвак А.С., Бедрин Л.М., Карагин Б.А. и др-Судебно-медицинская экспертиза тяжести телесных повреждений. Ставрополь 1980, с. 27-28.
6. Молин Ю.А.-Судебно-медицинская экспертиза в случаях постстрангуляционной болезни. Санкт-Петербург. 2001. 45 с.
7. Мишин Е.С., Севрюков В.Т.-Вопросы судебной медицины.-Ленинград 1977. с. 116-117.
8. Неговский В.А., Гурчив А.М., Зопотокрылина К.С. Постреанимационная болезнь. –Москва. 1987 . 480 с.
9. Лузин А.В., Богомолов Д.В., Богомоллова И.Н. и др Определение механизма наступления смерти при странгуляционной асфиксии морфологическими методами. Суд.-мед. экспертиза. 2005. №1 с. 3-7.
10. Сундуков В.А.-Судебно медицинское экспертиза утопленных. Астрахань, 1986, 64 с.
11. Федоров М.И.-Судебно-медицинское и клиническое значение постасфиктических состояний. Казань, 1967. 312 с.
12. Якупов Р.А.-Судебно-медицинская оценка нарушений дыхания и функций сердечно-сосудистой системы после странгуляции шеи. Суд.-мед. экспертиза.1986. №4 с. 25-29.
13. Якупов Р.А. Оценка тяжести расстройств функций некоторых органов и систем в результате странгуляции шеи. Суд.-мед. экспертиза. 1986. №3 с.16-20.

МУНДАРИЖА

Сўз боши.....	4
I-боб. Афиксия ҳақида қисқача маълумот.....	5-6
II -боб. Асфиксиянинг ҳаётий кечиши.....	7-8
III-боб. Постасфиктик ҳолат тушунчаси.....	8-18
IV-боб. Постасфиктик ҳолатларда мурда экспертизаси.....	19-21
V-боб. Постасфиктик ҳолатларда тирик шахслар экспертизаси.....	19-24
Фойдаланилган адабиётлар.....	25