МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет

УТВЕРЖДАЮ
Декан медфакультета
_____
«05» 2019 г.

Производственная (клиническая) практика: (судебно-медицинский центр/бюро) 1

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Судебной медицины**

Учебный план о310810_18_12СМЭ.plx
Специальность 31.08.10 - РФ, 121 - КР Судебно-медицинская экспертиза

Квалификация **врач-судебно-медицинский эксперт**

Форма обучения **очная**

Программу составил(и): к.м.н., Доцент, Орункулова Рахия Орункуловна;к.м.н., Доцент, Исмаилов Нурлан Калыбекович

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	4 (2.2)		Итого	
Недель	16			
Вид занятий	УП	РПД	УП	РПД
Контактная	27	27	27	27
Контактная	27	27	27	27
Сам. работа	369	369	369	369
Итого	396	396	396	396

Программу составил(и):

к.м.н., Доцент, Орункулова Рахия Орункуловна;к.м.н., Доцент, Исмаилов Нурлан Калыбекович _____

Рецензент(ы):

к.м.н., доцент, Ахметова Майра Исаевна;к.м.н., доцент, Турганбаев Лібек Эркинович _____

Рабочая программа дисциплины

Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 1

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.10 СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014г. №1052)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.10 Судебно-медицинская экспертиза

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Судебной медицины

Протокол от 18.05 2015 г. № 9

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой Исмаилов Нурлан Калыбекович

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16 ноя 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Судебной медицины

Протокол от 17.05 2016 г. № 9
Зав. кафедрой Исмаилов Нурлан Калыбекович

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
24 мая 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Судебной медицины

Протокол от 24.04 2017 г. № 9
Зав. кафедрой Исмаилов Нурлан Калыбекович

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
23 мая 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Судебной медицины

Протокол от 15.05 2018 г. № 10
Зав. кафедрой Исмаилов Нурлан Калыбекович

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
21 мая 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Судебной медицины

Протокол от 18 мая 2019 г. № 10
Зав. кафедрой Исмаилов Нурлан Калыбекович

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
"23" сентября 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Судебной медицины

Протокол от "27" августа 2020 г. № 1
Зав. кафедрой Исмаилов Нурлан Калыбекович

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
27.09. 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Судебной медицины

Протокол от 26.08 2021 г. № 1
Зав. кафедрой Исмаилов Нурлан Калыбекович

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
"14" IX-2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Судебной медицины

Протокол от 28.08 2022 г. № 1
Зав. кафедрой Исмаилов Нурлан Калыбекович

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
2023 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры
Судебной медицины

Протокол от 28 08 2023 г. № 1
Зав. кафедрой Исмаилов Нурлан Калыбекович

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Развитие умений и освоение навыков, для осуществления компетентного подхода по выполнению профессиональной деятельности по специальности «Врач – судебно-медицинский эксперт»
1.2	Задачи стационарной производственной практики является:
1.3	закрепление теоретических знаний полученных в процессе обучения ординатора
1.4	развитие практических умений и навыков полученных в процессе обучения ординатора
1.5	формирование профессиональных компетенций врача-специалиста - приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач в области судебно-медицинской экспертизы

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б2.Б
2.1	**Требования к предварительной подготовке обучающегося:**
2.1.1	Патология 2
2.1.2	Патология 1
2.1.3	Травматология
2.1.4	Судебно-медицинская экспертиза
2.1.5	Патология
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.2	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 1
2.2.3	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 2

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	
Знать:	
Уровень 1	Методы обучения пациентов формирования навыков здорового образа жизни
Уровень 2	Методы обучения пациентов различных возрастных групп санитарно-гигиеническим правилам; особенностям образа жизни с учетом имеющейся соматической патологии, формирования навыков здорового образа жизни
Уровень 3	причины и условия возникновения и распространения заболеваний, ранние клинические признаки заболеваний, основные принципы профилактики заболеваний
Уметь:	
Уровень 1	проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни
Уровень 2	проводить мероприятия по профилактике наиболее часто встречающихся соматических заболеваний, осуществлять оздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска в условиях поликлиники и стационара
Уровень 3	Выявлять и оценивать выраженность факторов риска развития и прогрессирования заболеваний, соответствующих профилю обучения, выявлять ранние симптомы заболеваний, выяснять семейный анамнез, соблюдать нормы санитарно- эпидемиологического режима
Владеть:	
Уровень 1	навыками составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью формирования здорового образа жизни
Уровень 2	навыками составления образовательных программ, проведения тематических школ для больных с целью профилактики наиболее распространенных соматических заболеваний и формированию здорового образа жизни
Уровень 3	навыками оценки суммарного риска развития и прогрессирования заболеваний, снижения заболеваемости путем воздействия на факторы риска их развития, методами ранней диагностики заболеваний, методами борьбы с вредными привычками, санитарно-просветительной работы

ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	
Знать:	
Уровень 1	основной закон "Об охране здоровья граждан"

Уровень 2	основы судебно-медицинской диагностики травмы, заболеваний и патологических процессов
Уровень 3	этио-патогенез, морфологию и клиническое течение травматического и патологического процессов
Уметь:	
Уровень 1	проводить профилактическую и санитарно-просветительскую работу среди населения
Уровень 2	диагносцировать травму от заболеваний на основе изучения патологического процесса течения ее
Уровень 3	выявлять и оценивать факторы риска развития и прогрессирования заболеваний
Владеть:	
Уровень 1	методами проведения профилактической и санитарно-просветительской работы
Уровень 2	методами морфологической диагностики травмы и заболеваний на основании изучения патоморфолгии
Уровень 3	навыками снижения заболеваний и травмы путем воздействия на факторы риска их развития

ПК-3: готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	
Знать:	
Уровень 1	клинико-морфологические особенности особо-опасных инфекций с облучением и травмой
Уровень 2	правовые вопросы в деятельности врача-судебно-медицинского эксперта при проведении судебно-медицинских аутопсий
Уровень 3	современные методы и правила при обнаружении объекта с признаками особо-опасных инфекций
Уметь:	
Уровень 1	диагностировать карантинные инфекции, облучения и травмы
Уровень 2	ориентироваться в нормативно-правовых актах при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций
Уровень 3	проводить санитарно-просветительную работу по вопросам техники безопасности в условиях черезвычайной ситуации
Владеть:	
Уровень 1	навыками вскрытия умерших от карантинных инфекций с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, дезинфикационных средств, забора материала
Уровень 2	навыками работы с нормативно-правовыми документами при проведении комплекса дезинфекционных мероприятий в очаге заражения, а так же навыками по ликвидации ЧС
Уровень 3	навыками организации санитарно-противоэпидемических мероприятий при ЧС природного и техногенного характера в мирное и военное время, а так же ведения медицинской документации

ПК-4: готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	
Знать:	
Уровень 1	методы исследования состояния здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления
Уровень 2	директивные документы, регламентирующие отраслевую статистическую отчетность: показателей здоровья населения, показателей распространенности заболеваний, заболеваемости и
Уровень 3	медико-статистический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков
Уметь:	
Уровень 1	оценивать показатели состояния здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления
Уровень 2	собирать данные для медико-статистического анализа, использовать информационные компьютерные системы в здравоохранении, анализировать результаты исследования
Уровень 3	анализировать результаты исследования
Владеть:	
Уровень 1	навыками методик сбора и медико-статистического анализа, информацией о показателях здоровья взрослых и подростков
Уровень 2	навыками анализа результатов медико- статистических исследований о показателях заболеваемости и смертности
Уровень 3	навыками интерпретации и применеия результатов статистических исследований

ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
Знать:	
Уровень 1	основные положения учения об этиологии, патогенезе развития актуальных патологических процессов и заболеваний
Уровень 2	учения о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологическом, синдромологическом, нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе

Уровень 3	принципы классификаций травмы, болезней и патологических состояний для развития экспертного мышления врача-судмедэксперта
Уметь:	
Уровень 1	диагностировать, проводить дифференциальную диагностику заболеваний на основе комплексного применения современных методов диагностики
Уровень 2	собирать предварительную необходимую информацию об исследуемом объекте, анализировать симптомы, синдромы, заболевания, согласно МКБ-10, танатогенез травмы и заболевания
Уровень 3	объяснить патогенез, танатогенез, патоморфоз травмы, клинических проявлений и актуальных патологических процессов и заболеваний
Владеть:	
Уровень 1	навыками работы с историей болезни, амбулаторной карточкой, справками, алгоритмом дифференциальной диагностики симптомов, синдромов, заболеваний
Уровень 2	навыками клинико- анатомического и дифференциального анализа проявлений патологических процессов и болезней
Уровень 3	навыками причинно-следственных цепочек, клинико- анатомических сопоставлений и патофизиологического анализа результатов прижизненной визуализации патологических процессов

ПК-6: готовность к применению лабораторных методов исследований и интерпретации их результатов	
Знать:	
Уровень 1	судебно-медицинские основы лабораторной диагностики заболеваний и патологических процессов
Уровень 2	физические, технические и технологические основы методов лабораторной диагностики
Уровень 3	основные и дополнительные методы судебно-медицинской лабораторной диагностики
Уметь:	
Уровень 1	осуществлять судебно-медицинскую диагностику травм, заболеваний и патологических процессов
Уровень 2	проводить квалифицированную судебно-медицинскую диагностику, используя современные методы исследования, макро- и микроскопическое исследование, анализировать результаты дополнительных исследований и вносить соответствующие записи в судебно-медицинскую документацию
Уровень 3	оказывать консультативную помощь врачам других подразделений медицинских организаций по своей специальности, заполнять медицинское свидетельство о смерти
Владеть:	
Уровень 1	навыками макро- и микроскопического исследования
Уровень 2	навыками макро- и микроскопического исследования препаратов, анализом результатов дополнительных исследований
Уровень 3	навыками квалифицированной судебно-медицинской диагностики, современными методами исследования, навыками макро- и микроскопического исследования, анализом результатов дополнительных исследований

ПК-8: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	
Знать:	
Уровень 1	Конституции РФ и КР, законы и иные нормативные правовые акты РФ и КР в сфере здравоохранения, основы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения, основы страховой медицины
Уровень 2	нормативно-правовые акты регламентирующие деятельность судебно-медицинской службы
Уровень 3	типовую учетно-отчетную медицинскую документацию судебно-медицинских отделений и бюро
Уметь:	
Уровень 1	применять методики изучения состояния здоровья населения; анализировать деятельность организаций здравоохранения; использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для совершенствования мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции
Уровень 2	применять принципы организации и управления структурными подразделениями бюро
Уровень 3	анализировать и оценивать качество судебно-медицинских исследований, вести медицинскую документацию
Владеть:	
Уровень 1	навыками планирования и оценки работы ЛПУ, созданию программ по охране общественного здоровья, методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состоянию окружающей среды
Уровень 2	управленческими навыками в работе судебно-медицинских отделений и бюро
Уровень 3	методами ведения медицинской учетно- отчетной документации в судебно-медицинских отделениях и бюро

ПК-9: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	
Знать:	
Уровень 1	методы исследования состояния здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления
Уровень 2	директивные документы, регламентирующие отраслевую статистическую отчетность: показателей здоровья населения, показателей распространенности заболеваний, заболеваемости и смертности
Уровень 3	медико-статистический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков
Уметь:	
Уровень 1	оценивать показатели состояния здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления
Уровень 2	собирать данные для медико-статистического анализа, использовать информационные компьютерные системы в здравоохранении, анализировать результаты исследования
Уровень 3	анализировать результаты исследования
Владеть:	
Уровень 1	навыками методик сбора и медико-статистического анализа, информации о показателях здоровья взрослых и подростков
Уровень 2	навыками анализа и интерпретаций результатов медико- статистических исследований о показателях заболеваемости и смертности
Уровень 3	навыками анализа и интерпретаций результатов медико- статистических исследований о показателях заболеваемости и смертности населения

ПК-10: готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	
Знать:	
Уровень 1	учение об эпидемическом процессе, клинические проявления основных хирургических синдромов, правила изоляции при госпитализации больных, санитарно-гигиенические требования к устройству, организации работы и режиму инфекционных больниц, отделений, боксов в условиях ЧС
Уровень 2	нормативно-правовые основы создания и функционирования МЧС КР, медицинской службы гражданской обороны, организацию, порядок и структуру взаимодействия формирований и учреждений службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны с другими службами при ликвидации медико- санитарных последствий в мирное и военное время; принципы организации и медико-санитарное обеспечение эвакуации населения; организация медицинской помощи при эвакуации населения; санитарно-гигиенические и противоэпидемиологические мероприятий при эвакуации населения
Уровень 3	особенности оказания первой медицинской помощи и проведения реанимационных мероприятий пострадавшим в условия ЧС
Уметь:	
Уровень 1	оценивать и анализировать обстановку условий при возникновении ЧС
Уровень 2	принимать решения по организации оказания медицинской помощи в ЧС, анализировать информацию, оценивать эффективность взаимодействия различных служб при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС
Уровень 3	участвовать в организации и оказании лечебно- профилактической и санитарно- противоэпидемической помощи в условия ЧС
Владеть:	
Уровень 1	навыками определения обстоятельств возникающих при ЧС
Уровень 2	Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики
Уровень 3	навыками оказания первой медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации больных и пострадавших

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	**Знать:**
3.1.1	Общие знания:
3.1.2	основы законодательства РФ и КР о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.3	организацию судебно-медицинской службы в РФ и КР;
3.1.4	основы уголовного, гражданского, трудового и уголовно-процессуального законодательства;
3.1.5	процессуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы, права, обязанности и ответственность эксперта;

3.1.6	основные вопросы травматологии, нормальной анатомии, патологической физиологии, патологической и топографической анатомии;
3.1.7	международную классификацию болезней, травм и причин смерти;
3.1.8	общие судебно-медицинские вопросы травматологии, механо- и морфо-генезов повреждений;
3.1.9	правила производства судебно-медицинских экспертиз в РФ и КР; правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью;инструкцию по применению правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью; правила работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия); правила производства судебно-медицинской экспертизы трупа; правила производства судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел; правила производства судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств и установления родства в судебно-биологических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы; правила производства судебно-медицинских экспертиз в медико-криминалистических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы; правила производства судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы; правила производства судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин; правила организации комплексных медико-криминалистических и медико-автотехнических экспертиз в судебно-экспертных учреждениях Министерства юстиции Кыргызской Республики и Министерства здравоохранения Кыргызской Республике;
3.1.10	причины и генез смерти взрослых и детей при различных заболеваниях;
3.1.11	методы лабораторных исследований объектов судебно-медицинской экспертизы;
3.1.12	правила изъятия, упаковки и направления объектов судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования;
3.1.13	основные положения и методы судебно-медицинского исследования вещественных доказательств (крови, тканей, выделений, волос);
3.1.14	способы выявления следов биологического происхождения на вещественных доказательствах, их изъятия, упаковки и направления на лабораторные исследования;
3.1.15	общие данные о крови и ее системах, выделениях организма и волосах;
3.1.16	современные способы установления наличия крови (других биологических объектов), видовой ее специфичности, половой и групповой принадлежности по различным системам;
3.1.17	особенности проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела на предварительном следствии и в суде;
3.1.18	методику проведения судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц; принципы определения вреда здоровью, установления размера (процента) утраты трудоспособности, экспертизы состояния здоровья, притворных и искусственных болезней; экспертизы половых преступлений и установления пола (половые состояния); половой зрелости; девственности; производительной способности, беременности, родов;
3.1.19	методику и принципы проведения судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях, установления возраста и состояния опьянения;
3.1.20	организацию работы судебно-гистологической лаборатории, основы микроскопического исследования биологического материала, патоморфологические микроскопические изменения в тканях при различных видах насильственной смерти и при подозрении на нее;
3.1.21	правила и организацию работы медико-криминалистического отделения, основные физико-технические методы исследования одежды, тканей, органов и других объектов;
3.1.22	типовые формы медицинской документации для бюро судебно-медицинской экспертизы, принципы и требования к их составлению.
3.1.23	Специальные знания:
3.1.24	механизм образования и морфологические особенности повреждений при отдельных видах автомобильного, рельсового, авиационного, мотоциклетного, тракторного травматизма, классификации и дифференциальную диагностику повреждений при отдельных видах транспортной травмы между собой и другими травмами;
3.1.25	механо- и морфо-генез повреждений от воздействия твердыми тупыми предметами (мягких покровов, костей, внутренних органов, кровеносных сосудов и нервов);
3.1.26	механизм образования и морфологические особенности повреждений, возникающих при занятии некоторыми видами спорта;
3.1.27	механизм, условия образования, классификации и морфологические особенности повреждений при падении;
3.1.28	промышленный и сельскохозяйственный травматизм, его классификацию, особенности и морфологические проявления;
3.1.29	классификацию, механизм и морфологические признаки повреждений, причиненных острыми предметами (режущими, колющими, колюще-режущими, рубящими, пилящими) и их дифференциальную диагностику;
3.1.30	механизм выстрела и факторы, обуславливающие его; морфологическую характеристику пулевых и дробных огнестрельных повреждений, причиненных холостыми выстрелами, атипичными снарядами из атипичного оружия и от взрывов;

3.1.31	клинические и патофизиологические проявления, патоморфологические изменения тканей и органов при поражениях техническим и атмосферным электричеством, местном и общем действии низкой и высокой температуры, воздействии лучистой энергии, резких изменений внешнего давления, при нарушениях внешнего дыхания, вызываемого механическими препятствиями;
3.1.32	действие ядовитых веществ на организм, классификацию ядов, патогенез, клинику, патоморфологические изменения в тканях и органах, танатогенез при различных отравлениях, а также их судебно-медицинскую диагностику;
3.1.33	причины и генез скоропостижной смерти взрослых и детей при различных заболеваниях (головного мозга, сердца и сосудов мочеполовой системы и др.);
3.1.34	критерии новорожденности, доношенности, продолжительности внутриутробной жизни, жизнеспособности, живорожденности, причины смерти в анте-, интра-, пост-натальном периодах, особенности исследования трупов младенцев;
3.1.35	методы определения регионального происхождения крови и способы дифференциации крови плода и взрослого человека;
3.1.36	закономерности исследования антигенов эритроцитов, сывороточных и ферментных систем крови, а также явления «выделительства» антигенов;
3.1.37	морфологическую, биохимическую и антигенную структуру волос человека и некоторых животных, методы исследования волос;
3.1.38	морфологическую, биохимическую и антигенную структуру спермы и других выделений человека, методы их исследования;
3.1.39	категории «выделительства» и способы их определения у живых лиц и трупа;
3.1.40	методы определения видовой, групповой, половой и органно-тканевой принадлежности;
3.1.41	микрообъектов биологического происхождения.
3.2	**Уметь:**
3.2.1	Общие умения:
3.2.2	получить и обобщить информацию о травме при заболевании из официальных документов;
3.2.3	выявить и описать признаки повреждения и морфологические изменения тканей и органов;
3.2.4	установить механизм повреждений и давность их происхождения;
3.2.5	установить факт и давность наступления смерти;
3.2.6	установить вид травматического воздействия, механизм образования повреждений, определить особенности воздействовавшего орудия, диагностировать вид травмы;
3.2.7	провести экспертизу потерпевших, обвиняемых и других лиц для установления степени тяжести вреда здоровью, процента утраты трудоспособности, возраста, пола, половой зрелости;
3.2.8	квалифицировать степень тяжести вреда здоровью, определять процент стойкой утраты общей трудоспособности;
3.2.9	диагностировать и установить причину отравлений и заболеваний;
3.2.10	определить необходимость проведения конкретных лабораторных исследований;
3.2.11	оценить результаты обследования потерпевших, вскрытого трупа и проведенных лабораторных исследований;
3.2.12	оформить протокольную часть Заключения эксперта (Акта) сформулировать судебно-медицинский диагноз и выводы, составить свидетельство о смерти;
3.2.13	определить наличие крови и выделений с помощью современных методов, оформить соответствующую судебно-медицинскую документацию;
3.2.14	определить профессиональные нарушения медицинских работников, классифицировать их и дать им характеристику;
3.2.15	оформить медицинскую документацию;
3.2.16	Специальные профессиональные умения:
3.2.17	провести осмотр трупа на месте происшествия (обнаружения), классифицировать смерть, установить давность наступления смерти;
3.2.18	установить причину смерти;
3.2.19	провести судебно-медицинское исследование трупа при различных видах насильственной смерти;
3.2.20	определить степень тяжести вреда здоровью;
3.2.21	установить причинно-следственную связь между повреждением и неблагоприятным исходом;
3.2.22	провести судебно-медицинскую экспертизу при половых преступлениях;
3.2.23	организовать судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств (изъять, упаковать и направить объекты судебно-медицинской экспертизы на лабораторные исследования);
3.2.24	зарисовать повреждения на контурные схемы;
3.2.25	дать графическое изображение переломов костей;

3.2.26	измерить повреждения и следы и обработать результаты;
3.2.27	исследовать повреждения и следы с помощью оптических средств, описать результаты;
3.2.28	выявить следы биологического, происхождения на вещественных доказательствах, изъять их и направить на исследование;
3.2.29	выполнить фотографирование места происшествия, потерпевшего или трупа, микро- и макропрепаратов.
3.3	**Владеть:**
3.3.1	методиками вскрытия трупов взрослых и новорожденных;
3.3.2	методиками проведения диагностических проб;
3.3.3	методиками установления давности наступления смерти;
3.3.4	методикой построения патологоанатомического диагноза и выводов;
3.3.5	общими принципами определения степени тяжести вреда здоровью;
3.3.6	методикой определения потери трудоспособности;
3.3.7	методами определения заражения венерическими болезнями;
3.3.8	методикой определения процента утраты трудоспособности;
3.3.9	принципами распознавания притворных и искусственных болезней;
3.3.10	методиками акушерско-гинекологического исследования;
3.3.11	методикой исследования семенной жидкости;
3.3.12	методами установления способности к половому сношению у мужчин и зачатию у женщин;
3.3.13	методами лабораторных исследований в случаях незаконного аборта;
3.3.14	методикой проведения экспертизы при определении возраста;
3.3.15	методами лабораторной диагностики в случаях смертельных отравлений;
3.3.16	правилами забора внутренних органов и биологических жидкостей для лабораторного исследования;
3.3.17	методикой исследования хрящей гортани и подъязычной кости;
3.3.18	методикой исследования на предмет определения «прижизненности» и характера странгуляционной борозды;
3.3.19	методикой установления наличия воздушной эмболии левой половины сердца;
3.3.20	лабораторными методами диагностики смерти от утопления;
3.3.21	методикой исследования на диатомовый планктон;
3.3.22	методами микроскопической, гистохимической, бактериоскопической, биохимической диагностики скоропостижной смерти;
3.3.23	методами обнаружения на одежде и коже следов близкого выстрела.
3.3.24	методами установления дистанции и последовательности выстрелов;
3.3.25	методами лабораторных исследований дробовых повреждений одежды и тела;
3.3.26	методами лабораторных исследований повреждений холостыми выстрелами и атипичными снарядами;
3.3.27	методиками лабораторных методов исследования объектов экспертизы и орудий (измерительный, стерео-микроскопический, фотографический, контактно-диффузионный, рентгенологический, метод светового и щупового профилирования, эмиссионно-спектральный, экспериментальный, гистологический и гистохимический, выявление микроналожений, трассологический);
3.3.28	методика установление по ранам и переломам общих и частных признаков травмирующего предмета;
3.3.29	методика установление механизма травмы по характеру переломов костей скелета;
3.3.30	дифференциальной диагностикой различных видов автомобильной травмы;
3.3.31	дифференциальной диагностикой различных видов падений с больной высоты и высоты своего роста;
3.3.32	методикой вскрытия различных видов рельсовой травмы;
3.3.33	дифференциальной диагностикой различных видов рельсовой травмы.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Организационно-процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы						
1.1	Структура судебно-медицинской службы /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

1.2	Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 2. Правила работы врача - специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения или происшествия						
2.1	Порядок проведения осмотра трупа на месте его обнаружения или происшествия /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.2	Врач – судебно-медицинский эксперт (процессуальное положение, участие в судебном процессе) /Ср/	4	18	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 3. Судебно-медицинская документация						
3.1	Оформление протокола осмотра трупа /Ср/	4	18	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
3.2	Помощь в постановлке вопросов в постановлении следователя о назначение судебно-медицинского исследования трупа /Ср/	4	18	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 4. Осмотр трупа						
4.1	Общие положения /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
4.2	Осмотр трупа /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э3 Э4	0	
4.3	Особенности осмотра трупа при различных видах смерти /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э3 Э4	0	
4.4	Выявление и изъятие следов и вещественных доказательств, подлежащих исследованию в судебно-медицинской лаборатории /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э3 Э4	0	
	Раздел 5. Судебно-медицинская танатология						
5.1	Осмотр и описание одежды /Ср/	4	18	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.2	Название элементов одежды /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.3	Загрязнение и повреждение одежды, принципы /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.4	особенности описания характера рисунка, цвета и материала одежды /Ср/	4	18	ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

5.5	Ранние трупные явления /Ср/	4	18	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.6	Поздние трупные явления /Ср/	4	18	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.7	Суправитальные реакции /Ср/	4	9	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.8	Определение давности наступления смерти /Ср/	4	18	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.9	Исскуственное сохранение трупа /Ср/	4	18	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.10	Туалет трупа /Ср/	4	9	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.11	Наружное исследование трупа /Ср/	4	9	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.12	Принципы описания повреждение обнаруженных при наружном исследовании трупа /Ср/	4	18	ПК-5 ПК-6 ПК-3 ПК-4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
5.13	Контактная работа /КрТО/	4	27			0	
5.14	/ЗачётСОц/	4	0	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения осуществляется с участием

Осмотр места происшествия и осмотр трупа на месте его обнаружения является

Врач-специалист в области судебной медицины проводит работу на месте происшествия

Врач-специалист в области судебной медицины может приглашаться для повторного или дополнительного осмотра места обнаружения трупа

Врач - судебно-медицинский эксперт, принимавший участие как специалист в осмотре трупа на месте его обнаружения, участвовать в дальнейшем в качестве судебно-медицинского эксперта

На месте обнаружения трупа врач-специалист в области судебной медицины должен

На месте происшествия при отсутствии достоверных признаков смерти у пострадавшего врач-специалист в области судебной медицины обязан

На месте происшествия врач-специалист в области судебной медицины может осуществлять следующие манипуляции с одеждой трупа

Различают следующие стадии осмотра трупа на месте происшествия

К признакам, используемым для констатации смерти на месте происшествия относятся

К ориентирующим признакам смерти не относятся

Достоверными признаками смерти, устанавливаемыми на месте обнаружения трупа, являются

На месте происшествия врач-специалист в области судебной медицины может только

На месте обнаружения трупа описывают следующие признаки следов крови

Основными методами определения давности наступления смерти на месте происшествия являются

В случаях смерти в результате паления с высоты наружному осмотру подлежат

При осмотре трупа на месте дорожно-транспортного происшествия врач специалист в области судебной медицины должен зафиксировать

На месте дорожно-транспортного происшествия в случае столкновения автомобиля с пешеходом могут обнаруживаться
С места дорожно-транспортного происшествия для лабораторного судебно-медицинского исследования целесообразно брать
При столкновении автомобиля с пешеходом на одежде погибшего могут обнаруживаться
Обнаруженные на месте дорожно-транспортного происшествия следы и иные объекты должны быть
Осмотр места железнодорожного происшествия предусматривает
Обнаружение на месте железнодорожного происшествия разделенных частей тела, свидетельствует о воздействии
В случае железнодорожного происшествия труп может обнаруживаться
При осмотре одежды погибшего в результате железнодорожного происшествия обнаруживают
Признаками волочения тела, обнаруживаемыми на месте железнодорожного происшествия являются
При столкновении поезда с пешеходом на передней поверхности электро- или тепловоза, головного вагона электропоезда обнаруживают
При наружном осмотре трупов лиц, погибших при падении воздушного судна на землю, обнаруживают
При взрыве воздушного судна в воздухе во время полета на высоте 5-7 км его обломки, тела и останки погибших обнаруживают на площади
Наличие первичных повреждений на трупах пилота и других членов экипажа воздушного судна в результате воздействия деталей оборудования и предметов интерьера кабины позволяет устанавливать
На месте падения воздушного судна следует зафиксировать положение трупа каждого члена экипажа в кабине или среди отломков по отношению
Наличие следов крови на подошвах обуви, носков, подошвенных поверхностях стоп погибшего могут свидетельствовать
На месте происшествия в теле и на одежде погибшего от взрыва обнаруживают
В зоне действия взрывной волны на месте происшествия обнаруживают
На месте происшествия при смерти от повешения с полным висением тела в протоколе фиксируют
На месте происшествия при осмотре петли на шее трупа отмечают
Под петлей на шее трупа могут быть обнаружены
При осмотре трупа на месте его обнаружения в случаях повешения отмечают
В случае смерти от удавления руками или петлей при наружном осмотре трупа обнаруживают
В случае удавления руками на шее трупа можно обнаружить
На месте происшествия при осмотре петли на шее трупа в протоколе отмечают
Странгуляционная борозда на шее трупа может быть похожа на
При осмотре трупа, извлеченного из воды, отмечают
В случае утопления мелкопузырчатая пена вокруг отверстий рта и носа сохраняется
Признаки прижизненного действия пламени на лице, устанавливаемые при осмотре трупа на месте происшествия
К признакам прижизненного действия холода на организм (по М.И. Райскому), устанавливаемым при осмотре трупа на месте происшествия относятся
При смертельной электро-травме на токоведущих предметах могут обнаруживаться
На изменение первоначального места нахождения тела и его позы при осмотре трупа могут указывать
На посмертное перемещение тела в зимних условиях могут указывать

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1.

Труп гр.Ж. обнаружен во дворе дома с признаками насильственной смерти.

При судебно-медицинском исследовании трупа: на передней поверхности грудной клетки слева по среднеключичной линии между 5 и 7 межреберьем рана округлой формы размером 5,0х4,2 см. с фестончатыми краями, по краям раны четко определяется зона «закопчения» на ширину 2 см и на этом фоне по краю раны зона «осаднения» эпидермиса нежно-белесоватого цвета. Волосы вокруг раны опалены. По стенкам раны также отложение копоти. По ходу раневого канала обнаружены инородные тела округлой формы, диаметром 3 мм. В ткани легких множество отверстий, размерами 0,3 см. округлых форм. В левом средостении в мягких тканях обнаружен войлочный пыж.

1) Определить характер ранения и дистанцию выстрела.

Ситуационная задача № 2.

Гр. А. была угощена пирожными. Через некоторое время она почувствовала легкое недомогание, головную боль, на что она особого внимания не обратила. Позже она почувствовала сухость во рту, головокружение, тошноту. Пришла в себя в токсикологическом отделении. При поступлении: расширенные зрачки. На 4-й день после усиленной детоксикационной терапии больная выписана в удовлетворительном состоянии.

1) Определить характер ядовитого вещества.

Ситуационная задача № 3.

Труп гр.Д. обнаружен в спальне дома в зимнее время. Отопление печное. При осмотре трупа: трупные пятна вишнево-красного цвета, обычное мышечное окоченение. При судебно-медицинском исследовании трупа каких-либо телесных повреждений не обнаружено. Внутренние органы малокровны. Проба Гоппе-Зейлера отрицательная.

1) О диагностике какой причины смерти проведена проба?
2) О каких причинах смерти можно думать по трупным пятнам?

Ситуационная задача № 4

Труп гр.К. извлечен из водоема. При осмотре: волосы на голове частично выпавшие, труп умеренно вздут, черно-зеленого цвета. На кистях и стопах - «носки смерти» и «перчатки смерти».

1) Определить давность пребывания трупа в воде.

Ситуационная задача № 5

Обугленный труп гр. Е. обнаружен в сгоревшем доме. При судебно-медицинском исследовании: обугливание трупа, кожные покровы и мышцы обуглены полностью, внутренние органы частично обгоревшие, на разрезе - темно-красного цвета. Кровь темно-красного цвета. В дыхательных путях следов копоти не обнаружено. Содержание карбоксигемоглобина

- 15 %.

1) Определить причину смерти.

Ситуационная задача № 6

Труп гр. С. обнаружен на улице без признаков насильственной смерти. При судебно-медицинском исследовании трупа: при наружном и внутреннем исследовании каких-либо телесных повреждений не обнаружено, однако при исследовании печени обнаружена эхинококковая киста (разорвавшаяся) размером 8,0х5,0 см. с выраженной хитиновой оболочкой. Содержимое кисты в брюшной полости.

1) Определить причину смерти.

Ситуационная задача № 7

Гр.У., будучи в состоянии алкогольного опьянения, получил травму. Обстоятельства травмы не помнит. Доставлен в приемное отделение. При осмотре: на передней поверхности живота рана с ровными краями, острыми концами, веретенообразной формы, размерами 3,0х1,0 см., без наличия соединительно-тканных перемычек по краям. Дно раны уходит в брюшную полость. При лапаротомии: имеется повреждение брюшины, в брюшной полости около 50,0 мл крови. Внутренние органы без повреждений.

1) Определить характер травмирующего предмета и степень тяжести вреда здоровью.

Ситуационная задача № 8

Гр.А. получил травму во время уличной драки. Доставлен в приемное отделение в бессознательном состоянии. На R-грамме - линейный перелом затылочной кости, идущий по левой половине основания черепа до пирамидки височной кости. При осмотре - ушибленная рана затылочной области и обширное кровоизлияние вокруг.

Определить механизм травмы и степень вреда здоровью.

Ситуационная задача № 9

Гр.Б. при ДТП получил открытый не осложненный перелом средней трети бедра. Стационарное лечение - 46 дней. Выписан с хорошей консолидацией перелома.

1) Определить степень тяжести вреда здоровью.

Ситуационная задача № 10

Гр.Л. 26 лет обнаружен мертвым недалеко от высотного дома, расположенного вдоль автотрассы. При судебно-медицинском исследовании: вдавленный перелом лобно-теменной кости слева, множественные прямые и непрямые переломы 5-6-7-8-9 ребер слева, 2-3-4-5-6-7 - справа, открытый перелом костей голени слева на расстоянии 43,0 см. от подошвенной поверхности стопы, компрессионный перелом 2-3-4 грудных позвонков, вколоченный перелом правого бедра в средней трети, множественные разрывы органов брюшной полости.

1) Определить механизм травмы, обосновать происхождение каждого из переломов.

Ситуационная задача № 11

Гр.К. был снят с петли в бессознательном состоянии. Лицо одутловатое, синюшное, вены шеи взбухшие. Зрачки расширены. Интенсивные реанимационные мероприятия дали положительный эффект и через 35 минут появились признаки дыхания и постепенное исчезновение «синюшности» лица. Доставлен в клинику. Выраженная антеро-ретроградная амнезия, хорошо выраженный след странгуляционной борозды на шее, идущий в косо-восходящем направлении. Интенсивные кровоизлияния на склере глаз. Гемодинамика нестабильная. Осиплость голоса, резкая болезненность при глотании и осмотре полости рта выраженный отек мягких тканей гортани, глотки. Через 15 дней выписан в хорошем состоянии.

1) Поставить диагноз.

2) Определить степень тяжести вреда здоровью, обосновать.

Ситуационная задача № 12

Гр.З. 22 лет обратилась с постановлением следователя Брильянтового района г.Н. Вопросы постановления: 1) Имеются ли у гр. З. признаки изнасилования? 2) Цела ли девственная плева? 3) Если нарушена, то давность ее нарушения? При объективном осмотре: девственная плева расположена поверхностно, губовидной формы, мясистая, высота по верхнему сегменту 0,6 см., по нижнему 0,8 см. По аналогу циферблата часов, на цифрах 3,9,4 имеются дефекты плевы, не доходящие до основания, с пологим дном и расходящимися краями. При сопоставлении края не сопоставляются, поверхность гладкая, консистенция аналогична другим частям с белесоватым оттенком. Во время обследования появились белесоватые выделения из половых путей.

1) Корректно ли поставлены вопросы в постановлении?

2) Дать дифференциальную диагностику старых разрывов и естественных выемок?

3) О чем могут свидетельствовать выделение из половых путей?

4) Ваши рекомендации.

Ситуационная задача № 13

Труп н/м 50-55 лет, обнаружен на улице с признаками огнестрельной раны передней поверхности. При судебно-медицинском исследовании: на расстоянии 158 см. от подошвенной поверхности стопы, по среднеключичной линии слева между 5-6 межреберьем рана округлой формы, размером 0,9х0,6 см., с несколько ввернутым и посохшим краем. По краям раны – «поясок закопчения» шириной по верхней части 0,2 см., по нижней - 1,5 см. Под стереомикроскопом: рана округлой формы, по краям раны - зона закопчения, в нижне-боковой части - скопление зерен несгоревших порошинок бобовидной формы. Несгоревшие частицы пороха определяются и на отдалении от края раны вплоть до анатомического среза. На ране и вокруг нее четко видны волосы без признаков действия пламени.

1) Определить механизм травмы и дистанцию выстрела?

Ситуационная задача № 14

Гр.Ж. 32 года в уличной драке получил удар по голове. Доставлен в травматологическое отделение в бессознательном состоянии и, не приходя в сознание, умер через 5 часов. На вскрытии: кровоподтеки грудной клетки, ссадины в коленных суставов (свежие), ушиблено-рваная рана кожи лба, обширные кровоизлияния в мышцы шеи сзади, линейный перелом лобной кости, не переходящий за пределы лобно-теменного шва. Незначительное субарахноидальное кровоизлияние в передних полюсах лобной доли. Обширное кровоизлияние под твердой мозговой оболочкой теменно-затылочных долей и

очаги ушиба мозга.
1) Определить механизм травмы.
2) Определить причину смерти.
3) Провести дифференциальную диагностику между падением и ударом по голове.

Ситуационная задача № 15

Гр.Е. 41 года был сбит автомашиной. Доставлен в клинику через 1,5 часа после травмы. Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД - 140/90 мм.рт.ст., пульс - 82 удара в минуту, кожные покровы бледноватые. Левая нижняя конечность иммобилизована шиной Белера от уровня тазобедренного до коленного сустава. По снятии: деформация средней трети левого бедра, движение невозможны, определяется гематома средней трети бедра. На рентгенограмме - оскольчатый перелом средней трети левого бедра с расхождением по длине и ширине. Больной выписан на 92 день после травмы. На изучение представлена карта вызова скорой помощи: осмотрен на месте происшествия, больной без сознания, кожные покровы мертвенно-бледные, покрыт холодным потом. АД 60/20 мм.рт.ст., пульс – 110 ударов в минуту. Сделаны противошоковые мероприятия.
1) Определить степень вреда здоровью.

Ситуационная задача № 16

Ребенок Д. 5 лет, катаясь на велосипеде, был сбит автомашиной. Доставлен в травматологический пункт, при рентгенографии левого плеча обнаружена линия просветления в зоне роста.

Травматолог рекомендовал госпитализацию, однако, родители из-за плохих условий в больнице решили лечиться дома. Был наложен гипс на левое плечо с захватом локтевого сустава. Дана справка: эпифизеолиз левой плечевой кости.
1) Определить характер повреждений.
2) Определить степень вреда здоровью.

Ситуационная задача № 17

Гр.Г. 80 лет, инвалид I группы по зрению (полная слепота на оба глаза), получил травму глаза столовой вилкой в виде «Проникающего ранения роговицы справа».

В глазном отделении областной больницы произведена энуклеация глазного яблока. Послеоперационный период протекал без осложнений и через 28 дней больной был выписан.
1) Дать общую судебно-медицинскую оценку травме.
2) Определить степень тяжести вреда здоровью.

Ситуационная задача № 18

Гр. А. 42 лет в ДТП получил травму в виде закрытого перелома большеберцовой кости слева. При осмотре врачом скорой помощи установлено: больной в сознании, на вопросы отвечает правильно, но замедленно, кожные покровы бледные, пульс 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Из стационара выписан на 56 день, на костылях.
1) Определить шоковый индекс.
2) Определить степень вреда здоровью.

Ситуационная задача № 19

Гр. Б. 32 лет обнаружен мертвым на улице около высотного дома. При судебно-медицинском исследовании трупа: длина тела 187 см., ранние трупные явления без особенностей. В затылочной области рана размером 5,0х0,8 см. с неровными, осадненными, кровоточащими краями, расположена поперечно сагиттальному шву. Дном раны является затылочная кость. При внутреннем исследовании: твердая мозговая оболочка напряжена, по ее снятии обнаружены мелкоточечные пылевидные кровоизлияния в затылочных полюсах полушарий, мягкая мозговая оболочка над отдельными кровоизлияниями повреждена. Под твердой мозговой оболочкой лобных долей обнаружены гематомы размерами 3,0х1,0 см., 2,0х0,1 см., большей частью жидкие и небольшим количеством рыхлых свертков красного цвета. В боковых желудочках кровь. Затылочная кость цела.
1) Определить механизм травмы.
2) Определить давность образования субдуральной гематомы.
3) Определить характер кровоизлияний в затылочных долях (травматический, нетравматический).

Ситуационная задача № 20

Гр.В. 52 лет обнаружен мертвым в своей квартире, проживал один. При осмотре трупа: кожные покровы лица холодные (комнатная температура 22°С), веки открытые, у наружных углов глаз пятна «Ляршe», мышечное окоченение хорошо выражено в жевательных мышцах, в мышцах шеи - слабо, в крупных суставах - слабо. Трупные пятна расположены на задне-боковых поверхностях туловища и конечностей, при надавливании кончиками пальцев бледнеют и восстанавливаются через 5 мин. Температура в прямой кишке 34,5°С. Через 1/2 часа после осмотра при изменении положения трупа, трупные пятна частично перешли на другие части тела.
1) Определить давность наступления смерти.
2) На какой стадии развития находятся трупные пятна.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовые работы по учебному плану не предусмотренны

5.3. Фонд оценочных средств

1.Собеседование - контрольные вопросы представлены в пункте 5.1.
2.Вскрытие - методические указания по технике вскрытия в пункте 8.
3.Судебно-медицинский акт вскрытия трупа - методические указания в пункте 8.
4.Тестовые вопросы (ПРИЛОЖЕНИЕ 4)
5.Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ 5)
6.Дневник практики:
В дневнике производится ежедневное описание проделанной работы (содержание рабочего дня) в четкой лаконичной форме по пугктам:
Присутствие на судебно-медицинской экспертизе (трупов, живых лиц, объектов)

Изучение документальных данных (медицинских, уголовных, гражданских)
Самостоятельная аутопсия или освидетельствование
Подготовка судебно-медицинской документации (Акт, Заключение)
Заполнение медицинского свидетельства о смерти
Присутствие на судебно-следственных действиях
Присутствие на клинико-анатомической конференции
Перед очередной промежуточной аттестации необходимо в соответствующем разделе дневника заполнить перечень практических умений и навыков которыми ординатор овладел за пройденный семестр

5.4. Перечень видов оценочных средств

1.Собеседование
2.Вскрытие
3.Акт исследования трупа или Заключение эксперта
4.Ситуационная задача
5.Дневник практики
Шкалы оценивания (ПРИЛОЖЕНИЕ 2)

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Исмаилов Н.К.	Правила проведения судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике: Учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
Л1.2	Акопов В.И.	Судебная медицина: Учебник	Юрайт 2016
Л1.3	Пиголкин Ю.И., Дубровин И.А., Горностаев Д.В.	Атлас по судебной медицине: Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Орункулова Р.О., Исмаилов Н.К.	Основы правоведения и медицинского права: Учебник	КРСУ 2016

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Исмаилов Н.К., Акунов Э.У.	Процессуальные и организационные основы судебной медицины: Практикум	Камила принт 2017

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Судебная медицина	www.booksmed.com/
Э2	Судебная медицина	med-books.by/
Э3	Судебная медицина	https://meduniver.com/Medical/Book/
Э4	Ассоциация судебных медиков	http://ассоциация-СМЭ.рф

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии - под контрорлем преподавателя, самостоятельное проведение судебно-медицинской экспертизы (трупа, живого лица), с экспертным анализом его результатов, оформлением судебно-медицинских документов (Акт, заключение), участием в судебно-следственных действиях, соспоставлением экспертного и клинического диагнозов.
6.3.1.2	Традиционные образовательные технологии, ориентированны прежде всего на обобщение знаний и способов действий, передаваемых ординатором в готовом виде и предназначены для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии - использование ординатором компьютерной техники и Интернет-ресурсов для самостоятельного освоения практических навыков

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Электронная библиотека КРСУ: http://www.lib.krsu.edu.kg
6.3.2.2	Электронная библиотека ОмГМУ: http://weblib.omsk-osma.ru
6.3.2.3	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»: http://www.knigafund.ru
6.3.2.4	Информационно-правовой портал Токтом: https://online.toktom.kg

6.3.2.5	Информационная система Параграф: https://prg.kz
6.3.2.6	Ассоциация судебных медиков: http://ассоциация-СМЭ.рф
6.3.2.7	Судебная медицина от FR: http://www.forens-med.ru

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Судебно-медицинская амбулатория и судебно-медицинский морг – Республиканский центр судебно-медицинских экспертиз Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, ул. Суеркулова 3. Оборудование: холодильная комната; 2 секционных зала с 4 – секционными столами; термостат; дистиллятор; весы лабораторные; микроскопы; шкафы сушильные; наборы инструментов (ножи ампутационные, ножи хрящевые, пинцеты, зажимы, иглы, пилы); комплекты химической посуды; центрифуги; акушерское кресло

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 1

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практике) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом
3. Итоговая Государственная аттестация - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (4 семестр – экзамен)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

1. После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции
2. В течение недели выбрать время для работы с рекомендуемой литературой
3. При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении задания нужно сначала понять, что в нем требуется, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения
4. Контроль над усвоением материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически руководителем ординатуры и периодически докладывать на кафедральных заседаниях. В конце каждого семестра ординатор обязан предоставить отчет о проделанной работе в отдел ординатуры

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ, по изучению теоретических основ судебной медицины:

Изучение теоретической части дисциплин призвано не только углубить и закрепить знания, полученные на аудиторных занятиях, но и способствовать развитию у ординатора творческих навыков, инициативы и организовать свое время.

Самостоятельная работа при изучении дисциплин включает:

-чтение ординатором рекомендованной литературы и усвоение теоретического материала дисциплины
-знакомство с Интернет-источниками
-подготовку к различным формам контроля (ситуационные задачи)
-подготовку и написание рефератов
-подготовку ответов на вопросы по темам дисциплины в той последовательности, в какой они представлены
-подготовка к выступлениям на кафедральных заседаниях

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программе дисциплины, но и в периодических изданиях.

Для расширения знания по дисциплине рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем

При подготовке к решению ситуационных задач необходимо прочитать соответствующие страницы основного учебника Желательно также чтение дополнительной литературы

При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата ординатору необходимо:

-прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах
-творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками

Текст должен быть изложен внятно, простым и ясным языком.

СХЕМА ДЛЯ АУТОПСИИ

1. Процессуальная часть
2. Исследовательская часть
3. Лабораторные исследования
4. Судебно-медицинский диагноз
5. Заключение

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ РЕФЕРАТОВ

Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.

Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научно-исследовательская работа, где ординатор раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата. Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ РЕФЕРАТА:
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
- титульный лист с указанием: названия ВУЗа, кафедры, темы реферата, ФИО автора и ФИО преподавателя
- введение, актуальность темы
- основной раздел
- заключение (анализ результатов литературного поиска); выводы
- список литературных источников должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
- отступ сверху – 2 см; отступ слева – 3 см; отступ справа – 1,5 см; отступ снизу – 2,5 см;
- шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5
- нумерация страниц – снизу листа
На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения.
Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕФЕРАТА:
- актуальность темы исследования
- соответствие содержания теме
- глубина проработки материала
- правильность и полнота разработки поставленных вопросов
- значимость выводов для дальнейшей практической деятельности
- правильность и полнота использования литературы
- соответствие оформления реферата стандарту
- качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К РУБЕЖНОМУ КОНТРОЛЮ:
Рубежный контроль содержит задание в виде ситуационных задач. Методические рекомендации по решению ситуационных задач:
1.Внимательно прочесть условие задачи
2.Обратить внимание на обнаруженную патологию – описательные признаки конкретных изменений органов
3.Внимательно ознакомиться с вопросами к данной задаче
4.Обдумать, решить и написать ответ по всем вопросам
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПРЕДСТАВЛЕННЫ В ПРИЛОЖЕНИИ 3

Технологическая карта дисциплины «Выездная судебно-медицинская производственная практика 1»
По программе ординатура
2 год, семестр 4, ЗЕ –5, отчетность – зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
Модуль 1					
1.Организационно-процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы	Текущий контроль	Посещаемость, акт реферат СРС: работа в амбулатории	**4**	**7**	**29**
	Рубежный контроль	Дневник	**3**	**5**	
Модуль 2					
2.Правила работы врача – специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения или происшествия	Текущий контроль	Посещаемость, акт реферат СРС: работа в амбулатории	**3**	**6**	**30**
	Рубежный контроль	Дневник	**2**	**4**	
Модуль 3					
3.Судебно-медицинская документация	Текущий контроль	Посещаемость, акт реферат СРС: работа в амбулатории	**4**	**7**	**33**
	Рубежный контроль	Дневник	**3**	**5**	
Модуль 4					
4.Осмотр трупа	Текущий контроль	Посещаемость, акт реферат СРС: работа в амбулатории	**4**	**7**	**36**
	Рубежный контроль	Дневник	**3**	**5**	
Модуль 5					
5.Судебно-медицинская танатология	Текущий контроль	Посещаемость, акт реферат СРС: работа в амбулатории	**8**	**14**	**43**
	Рубежный контроль	Дневник	**6**	**10**	
Всего за семестр			**40**	**70**	
Промежуточный контроль (зачет)			**20**	**30**	**44**
Семестровый рейтинг по дисциплине			**60**	**100**	

Приложение 2.

ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Собеседование (ТК-текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (%)
1	Активность участия	0-20
2	Ключевые слова (термины, понимание, значение)	0-20
3	Логичность и последовательность ответа по теме	0-20
4	Обоснованная трактовка элементов судебной медицины	0-20
5	Понимание основных категорий судебно-медицинской экспертизы	0-20
	Оценка	0-100 % (5 баллов)

Конспект (ТК-текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (%)
1	Самостоятельность и информационность	0-25
2	Содержание и соответствие	0-25
3	Полнота и качество	0-25
4	Своевременность и постоянство	0-25
	Оценка	0-100 % (5 баллов)

Тест (ТК-текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (%)
1	Тестовое задание на 10 закрытых вопросов с готовыми ответами на выбор	0-100
	Оценка	0-100 % (8 баллов)

Доклад (ТК-текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (%)
1	Текст доклада распечатан в 12 экземплярах	0-20
2	Грамотность изложения без чтения с листа, качество ответов на поставленные вопросы	0-20
3	Технические средства (лазерная указка, динамики, микрофон)	0-20
4	Регламент (5-минут доклад; 3-минуты дискуссия)	0-20
5	Визуализация (таблицы, текст, муляжи, схемы, модели)	0-20
	Оценка	0-100 % (5 баллов)

Презентация (ТК-текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (%)
1	Титульный слайд	0-20
2	Аккуратность слайдов (одинаковый шрифт, фон, отступы)	0-20
3	Количество слайдов не более 30	0-20
4	Скорость переключения 1-2 слайда в минуту	0-20
5	Мало текста и много визуализации (рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц), эффекты анимации	0-20
	Оценка	0-100 % (5 баллов)

Реферат (ТК-текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (%)
1	Деление текста на введение, цели, задачи, основную часть, заключение и литература	0-20
2	Оформление: титульный лист с заголовком, текст реферата написан собственноручно в соответствии с методическими указаниями	0-20
3	Актуальность темы исследования, соответствие содержания теме исследования, глубина проработки материала	0-20
4	Грамотность изложения без чтения с листа, качество ответов на поставленные вопросы	0-20
5	Выполнение регламента	0-20
	Оценка	0-100 % (5 баллов)

Ситуационная задача (РК-рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (%)
1	Определить основание назначения судебно-медицинской экспертизы объекта	0-10
2	Определить процессуальный вид деятельности врача-эксперта	0-10
3	Назвать вопросы, поставленные на разрешение судебно-медицинского эксперта	0-10
4	Указать целесообразность выбранного судебно-медицинского метода исследования	0-10
5	Составить судебно-медицинский диагноз, опираясь на принципы составления диагноза по МКБ-10	0-10
6	Составить основную причину смерти с обязательным указанием на её логическую и объективную связь с непосредственной причиной смерти	0-10
7	Обосновать пато- и танатогенез наступления смерти	0-10
8	Уметь сопоставлять патоморфологические данные с постмортальными морфологическими признаками	0-10
9	Составление экспертного заключения (вывода) с обоснованием причинно-следственной связи смерти с действующими факторами внешней среды	0-10
10	Обосновать достоверность ответов на вопросы поставленные на разрешение эксперта	0-10
	Оценка	0-100 % (40-60 баллов)

Примечание: Ситуационная задача (тестовые задания или индивидуальное задание) направлены для проверки III уровня усвоения знания.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ (ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ)

Эталонные проекты контроля (ПК) на зачете с оценкой должны содержать ответы на следующие вопросы (примерная структура проекта контроля):

1) Организационно-процессуальные основы судебной медицины (знать);
2) Определение понятия повреждения, этиопатогенез, клинико-морфологическая характеристика их, морфогенез и постмортальная морфологическая картина при действии отдельного вида механических факторов (знать);
3) Определение понятия повреждения, этиопатогенез, клинико-морфологическая характеристика их, морфогенез и постмортальная морфологическая картина при действии отдельного вида физического фактора (знать);
4) Определение понятия повреждения, этиопатогенез, клинико-морфологическая характеристика их, морфогенез и постмортальная морфологическая картина при действии отдельного вида химико-биологического фактора (знать)
5) Диагностировать с учетом обстоятельства дела макроскопическую морфологию прижизненных и посмертных процессов с оценкой механизма их развития, идентификацией действующего фактора и определением достоверных критериев причинно-следственной связи смерти с действующими факторами внешней и внутренней среды (уметь, владеть).

№	Наименование показателя	Отметка в баллах
1	1 вопрос	0-5
2	2 вопрос	0-5
3	3 вопрос	0-5
4	4 вопрос	0-5
5	Индивидуальное задание содержащее полную картину одного экспертного случая	0-10
	Оценка за выполнение	30 баллов

Приложение 3

ЗАДАЧИ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ ПО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Тема № 1. Процессуальные основы экспертизы; осмотр трупа на месте его обнаружения

Тема № 2. Судебно-медицинское исследование (экспертиза) трупа

Тема № 3. Документирование судебно-медицинского исследования (экспертизы трупа)

Тема № 4. Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных тупыми орудиями

Тема № 5. Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных острыми орудиями

Тема № 6. Судебно-медицинская экспертиза огнестрельной, взрывной травмы

Тема № 7. Судебно-медицинская экспертиза трупа новорожденного младенца

Тема № 8. Судебно-медицинские аспекты экспертизы отравлений

Тема № 9. Судебно-медицинские аспекты экспертизы механической асфиксии

Тема № 10. Судебно-медицинская экспертиза скоропостижной смерти; судебно-медицинская экспертиза действия крайних температур и электричества

Тема № 11. Судебно-медицинская экспертиза степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека

Тема № 12. Амбулаторный прием

Тема № 13. Судебно-медицинская экспертиза в случаях преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности

Тема № 14. Профессиональные и профессионально-должностные правонарушения медицинских работников; решение экспертных задач

ТЕМА № 1. ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ЭКСПЕРТИЗЫ; ОСМОТР ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ.

Задача №1

В отдел потерпевших, обвиняемых и др. лиц БСМЭ обратилась несовершеннолетняя М. 7-ми лет, для прохождения СМЭ. Постановление о назначении экспертизы вынесено представителем по правам ребенка Н. гр-ка М. для прохождения СМЭ пришла со своей 15 летней сестрой. Представителем по делам несовершеннолетних была передана амбулаторная карта потерпевшей. Обстоятельства дела: в постановлении указано, что «10.02.2011 г. около 10-00 в помещении школы № 63 незнакомый мальчик наносил удары руками по туловищу, рукам». Объективно: на передней поверхности грудной клетки на уровне 4-го межреберья по средне-ключичной линии кровоподтек неправильно-овальной формы, размером 3,5х3,0 см. синюшно-фиолетового цвета с желтовато-зеленоватым прокрашиванием по периферии. На задне-боковой поверхности левого лучезапястного сустава ссадина полосовидной формы, прерывистого характера, размером 3,0х1,0 см. под красновато-коричневатой корочкой выше уровня окружающей кожи с признаками отслоения по периферии. На левой руке от уровня пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча наложена гипсовая лангета. Представлена медицинская карта амбулаторного больного в которой указано, что « 10.02.2011г. обратилась за медицинской помощью в ТБ №4. Локально: на передней поверхности грудной клетки на уровне 4-го межреберья справа кровоподтек размером 4,0х3,0 см. Деформация в средней трети левого предплечья за счет отека. Осевая нагрузка положительна. Активные движения невозможны, пассивные болезненны». Представлены рентгенограммы левого предплечья в двух проекциях (прямой и боковой): на рентгенограмме определяется закрытый перелом левой лучевой кости в средней трети.

1. Какова степень тяжести вреда, причиненного здоровью?

2. Мог ли уполномоченный представитель быть лицом, назначившим экспертизу? 3. Какие процессуальные действия были нарушены?

Задача №2

В морг доставлен труп младенца. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, вторых родов. Плод родился на 32 неделе с массой 1650 гр., длинной тела 41 см. с обвитием пуповины вокруг шеи. Сердцебиение и дыхательная деятельность не определялись. Проводимые

реанимационные мероприятия результата не дали. Клинический диагноз: преждевременные роды, глубокая недоношенность плода, обвитие пуповины вокруг шеи. При осмотре кожные покровы бледно-серые с наложением сыровидной смазки, длина волос на голове 0,5 см, ногтевые пластинки на 5 кистях не заходят за кончики пальцев, а ногтевые пластинки на стопах не доходят до кончиков пальцев, хрящи носа и ушных раковин эластичны, яички не опущены в мошонку. Окружность головы 30 см, окружность грудной клетки 25 см. расстояние между вертелами бедренных костей 7 см. расстояние между плечиками 9см. Пуповина без демаркационного кольца. В мягких тканях головы отмечается наличие родовой опухоли. Труп был захоронен без вскрытия.

1. Является ли младенец новорожденным?

2. Был ли он доношенным и зрелым? Если он родился недоношенным, то какова была продолжительность его внеутробной жизни?

3. Был ли младенец жизнеспособным? Если нет, то чем обусловлена нежизнеспособность?

4. Живым или мертвым родился младенец?

5. Какова причина смерти ребенка? Существует ли прямая причинная связь между обнаруженными повреждениями и наступлением его смерти?

6. Правомерно ли было произведено захоронение без вскрытия трупа?

Задача №3

Обстоятельства дела: в направлении указано, что «06.07.09г. около 16 часов в квартире по адресу г. К-л, обнаружен труп плода мужского пола от И.Г.К.». Наружное исследование: труп плода мужского пола длиной тела около 28,5 см., массой 420 г с пересеченной пуповиной, пуповинный остаток длиной 38см., край его ровный. При наружном осмотре плода видимых повреждений не обнаружено. Кожные покровы в сыровидной смазке, серо-красного цвета и подсохшей крови красно-коричневого цвета, живот ниже уровня грудной клетки, пупочное кольцо по средней линии на 2,5 см. ниже мечевидного отростка и на 1,5 см. выше симфиза. Половые органы развивались по мужскому типу, яичек в мошонке нет.

1. Должно ли в этом случае проводиться судебно-медицинское исследование плода?

2. Срок внутриутробной жизни плода?

3. Является ли данный плод жизнеспособным?

Задача №4

Первичную экспертизу по делу об умышленном причинении средней тяжести вреда здоровью (перелом двух ребер справа, перелом средней трети правого предплечья) проводил судебно-медицинский эксперт К.Н.П., после чего ушел в отпуск. Во время его отпуска была назначена дополнительная экспертиза по материалам дела, которую проводил судебно-медицинский эксперт П.С.И. Был поставлен вопрос о возможности получения повреждений при падении или при ударах? Следственный эксперимент не проводился. Уже в коридоре суда СМЭ П.С.И. узнал, что лично знаком с подсудимым, потерпевшим и всеми свидетелями.

1. Нужен ли в таком случае отвод эксперта?

Задача №5

На основании постановления следователя К., была проведена судебно-медицинская экспертиза гражданки Л., 13 лет, из обстоятельств дела которой, 3 часа тому назад без ее согласия совершил половой акт малознакомый мужчина. Случай имел место в парковой зоне (в лесу), вечером, где они были на прогулке. На ее сопротивление он наносил удары по лицу, туловищу. Позже выяснилось, что гр. Л., является родной сестрой судмедэксперта К. Объективно: При медицинском исследовании обнаружены кровоподтеки на верхнем и нижнем веке правого глаза, на слизистой оболочке наружного угла верхней губы, в верхней трети правого плеча, на внутренних поверхностях верхней трети бедер, кровоподтеки сине-багрового цвета с припухлостью. При осмотре на гинекологическом кресле: половые органы развиты правильно по женскому типу. Задняя спайка больших половых губ цела, ладьевидная ямка средней глубины. На девственной плеве на 9-ти часах условного циферблата часов бледно-багровый, округлый кровоподтек, размером 0,3х0,3 см. Нам 6 и 9 часах условного циферблата часов, отмечается 2 разрыва девственной плевы, доходящие до ее основания, края разрывов красного цвета, отечны, на раневых поверхностях серозно-фибринозные наложения, под ними грануляционная ткань, при механическом воздействии возникает незначительное кровотечение. Отверстие девственной плевы 2.5 см в диаметре. Кольцо сокращения не определяется.

1. Имело ли место половое сношение?

2.Имели ли место действия насильственного характера? Указать статью?

3. Какие материалы необходимо взять при медицинской экспертизе?

4. Имеет ли право судмедэксперт К. принимать участие в производстве по данному уголовному делу? В соответствии с какими статьями?

5. Давность, механизм телесных повреждений?

Задача № 6

Труп подростка П., 15 лет, обнаружен в озере 17.07.13г., около 13 часов. Со слов очевидцев случившегося: «плавал в озере, затем несколько раз как - будто бы нырнул и что-то кричал». Извлечен из воды через 1 час. В окружности рта и носа белесоватая пена. Кожные покровы и плавки влажные, испачканные песком и илом. Трупные пятна разлитые розовато-синюшные в области спины, при дозированном надавливании восстанавливаются через 8 сек; трупное окоченение отсутствует во всех группах исследуемых мышц; феномен идиомускулярной опухоли - быстро появился мышечный тяж высотой до 2-х см; при глубокой термометрии печени – температура 38°С. В области лба по средней линии ссадина 0,8х0,4 см с бледно-красным дном.

1.Какова предполагаемая причина смерти?

2.Определить давность наступления смерти?

3.Определить наличие повреждений?

4.Механизм образования повреждений, прижизненность?

5.Определить тяжесть, причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.

Задача № 7

Во дворе дома около 07 ч. 26.09.12г. обнаружен подросток К. 12 лет. Одежда его пропитана кровью, около трупа лужа крови. Трупные пятна очаговые бледно-синие в области спины, верхних и нижних конечностей на задней поверхности, при дозированном надавливании восстанавливают свою окраску через 1 минуту, трупное окоченение выражено хорошо во всех группах обычно исследуемых мышц, при глубокой термометрии температура печени 27°С. На боковой поверхности шеи справа, в средней трети, округлая рана с дефектом ткани диаметром до 0,2 см и черным загрязнением в окружности. На боковой поверхности шеи слева на том же уровне щелевидная (без дефекта ткани) рана длиной 4,7 см.

1. Решить вопрос о предполагаемой причине смерти?

2. Решить вопрос о предполагаемом орудии травмы?

3. Если это огнестрельное ранение – определить, где входное отверстие, где – выходное?

4. Определить давность наступления смерти.

Задача № 8

Труп гр-на Н., 26 лет, обнаружен 13.02.12 г. в своей квартире, лежащим на спине. На ощупь холодный, окоченение выражено хорошо во всех группах исследуемых мышц, трупные пятна разлитые темно-синюшные на заднебоковых поверхностях трупа, при дозированном давлении не бледнеют и не исчезают; температура печени при глубокой термометрии 16°С. В правой височной области рана с дефектом ткани диаметром 0,8 см с интенсивным черным налетом в окружности. В ране видна поврежденная височная мышца алого цвета и дефект височной кости, диаметром 0,7 см.

1. Определить давность наступления смерти?

2. Высказать суждение о предполагаемой причине смерти?

3. Имеются ли признаки кровопотери?

4. Зона расположения повреждения характерна (не характерна) для причинения собственной рукой?

Задача № 9

Труп гр-на Б., 27 лет, обнаружен 10.09.12г., во дворе дома, где он проживал. Труп на ощупь холодный, трупное окоченение выражено хорошо во всех группах обычно исследуемых мышц. Трупные пятна багрово-синие разлитые, при дозированном давлении не бледнеют и не исчезают. Температура печени при глубокой термометрии 11°С. Ниже затылочного бугра по средней линии округлая рана 0,6х0,7см с дефектом ткани и серовато-черными осадненными краями, в глубине раны - поврежденная кость в виде отверстия 0,6 см. Волосы обильно испачканы кровью.

1. Высказать суждение о предполагаемой причине смерти?

2. Высказать суждение о предполагаемом орудии травмы?

3. Определить давность наступления смерти?

4. Указать какие объекты обычно изымает следователь на месте обнаружения в таких случаях?

Задача № 10

Во время драки 08.08.08г. гр-ну П., 30 лет, нанесли удар ногой в область живота; обнаружен на месте драки примерно через 12 часов. Трупные пятна багрово-синие, очаговые в области спины справа, при дозированном давлении бледнеют и восстанавливают окраску через 2 минут; трупное окоченение выражено хорошо во всех группах исследуемых мышц. При глубокой термометрии температура печени 26°С. Кожные покровы чистые; в области верхнего века левого глаза багрово-синий кровоподтек 4х3см.

1. Высказать суждение о возможной причине смерти?

2. Решить вопрос о предполагаемом орудии травмы?

3. Решить вопрос о давности наступления смерти.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 1. ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ЭКСПЕРТИЗЫ; ОСМОТР ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ.

Эталон № 1.

1. На основании судебно-медицинской экспертизы гр. М 2004 г.р., данных медицинских документов на ее имя, прихожу к выводам: У гр. М. при обращении за медицинской помощью после событий 10.02.2011г. обнаружены следующие повреждения: кровоподтек на передней поверхности грудной клетки справа, ссадина левого лучезапястного сустава, которые согласно приказа МЗ расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека. Кроме того отмечен диагноз: закрытый перелом левой лучевой кости в средней трети. Оценить тяжесть вреда, причиненного данным повреждением, не представляется возможным, так как не ясен его исход. Будет возможно после окончания лечения с предоставлением медицинских документов.

2. Принимать данную экспертизу в работу эксперт не должен, так как согласно закона и приказа МЗ основанием для производства СМЭ в ГСЭУ является определение суда, постановление судьи, лица производящего дознание, следователя.

3. Согласно приказу доставка объектов и материалов осуществляется органом или лицом, назначившим экспертизу, в соответствующие структурные подразделения ГСЭУ, следовательно, приносить их с собой

несовершеннолетняя сестра потерпевшей не имела права. Так же, согласно приказа прилагаемые к постановлению или определению о назначении экспертизы объекты исследования, в том числе материалы дела, принимаются в упакованном и опечатанном виде. Кроме того несовершеннолетняя сестра потерпевшей не могла являться законным представителем, так как согласно УПК законными представителями могут являться родители, усыновители, опекуны или попечители несовершеннолетнего потерпевшего. Так же гражданка М. не является потерпевшей, так как согласно УПК потерпевшим является физическое лицо, которому преступлением причинен физический, имущественный, моральный вред. Решение о признании потерпевшим оформляется постановлением дознавателя, следователя или суда. Следовательно, гражданка М. не могла проходить СМЭ в отделении потерпевших, подозреваемых и др. лиц.

Эталон № 2.

1. Младенец является новорожденным, на что указывают следующие признаки: наложения сыровидной смазки на кожном покрове, наличие пуповины без демаркационного кольца, и родовой опухоли в мягких тканях головы.

2. Младенец был недоношенным, на что указывают: рождение при сроке беременности 7 лунных месяцев и антропометрические данные младенца: масса 1650 гр., длина тела 41 см, окружность головы 30 см, расстояние между плечиками 9 см, между вертелами бедренных костей 7 см. Младенец был незрелым, на что указывают: длина волос на голове 0,5 см, ногтевые пластинки на кистях не заходят за кончики пальцев, а ногтевые пластинки на стопах не доходят до кончиков пальцев, хрящи носа и ушных раковин эластичны, яички не опущены в мошонку.

3. Младенец является нежизнеспособным: родился на 32 недели с массой 1650 гр., длинной тела 41 см.

4. 5. Ответить на данные вопросы не представляется возможным, так как не проводилась судебно-медицинская экспертиза трупа.

6. Захоронение без вскрытия трупа было произведено не правомерно так как Согласно приказа Минздрава «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» Обязательному вскрытию и регистрации в протоколе патологоанатомического исследования подлежат все умершие в лечебных учреждениях новорожденные, а также мертворожденные массой 500 г и более, длиной тела 25 см и более, при сроке беременности 22 недели

и более с оформлением протокола вскрытия, включая случаи после прерывания беременности по медико-генетическим и социальным показаниям. Врачебное свидетельство выдается на мертворожденных и умерших новорожденных детей с массой тела 1000,0 г и более, длиной тела 35 см и более (срок гестации 28 недель и более). На новорожденных с массой тела от 500,0 г до 999,0 г, длиной тела 25 - 34 см (срок гестации 22 - 27 недель) свидетельство выдается в случае, если они прожили полных 7 суток.

Эталон № 3.

1. Согласно приказа «об утверждении Порядка и производства судебно-медицинской экспертизы в государственных судебно-экспертных учреждениях», плод массой ниже 500,0гр. не подлежит судебно-медицинскому исследованию.

2. 20-22 недель, данное заключение подтверждается длиной тела 28,5 см, масса плода 420,0гр., расположением пупочного кольца не по средней линии брюшной стенки.

3. Плод является нежизнеспособным, незрелым, глубоко недоношенным.

Эталон № 4.

1. Согласно УПК отвод эксперта подразумевается только при наличии родственных связей с участниками процесса, но ни как не знакомство.

Эталон № 5.

1. С гражданкой Л., имело место половое сношение, что подтверждается наличием свежих разрывов девственной плевы.

2. Высказаться конкретно были ли действия насильственного характера, не представляется возможным, так как не входит в компетенцию врача судмедэксперта. Статья УК «Насильственные действия сексуального характера» не предусмотрено особых санкций за совершение деяний, в отношении лиц, не достигших половой зрелости, а квалифицирующим признаком является заведомой не достижение потерпевшими 14 летнего возраста, определение половой зрелости при экспертизе потерпевших, от половых преступлений не производится.

3. Содержимое заднего свода влагалища на марлевый тампон и вместе с контролем марли прилагается к Медицинскому заключению, для проведения судебно-биологического исследования, с целью установления наличия сперматозоидов.

4. Судмедэксперт не имеет права принимать участие в производстве по данному уголовному делу. Статья УПК - отвод эксперта.

5. При медицинской экспертизе гражданки Л., обнаружены кровоподтеки (4) на верхнем и нижнем веке правого глаза, на слизистой оболочке наружного угла верхней губы, в верхней трети правого плеча, на внутренних поверхностях верхней трети бедер, которые возникли от воздействия твердого тупого предмета (предметов), достаточной силой, расцениваются, как повреждения, не причинившие вред здоровью человека. Давность возникновения кровоподтеков может составлять от 2 часов до 11 суток к моменту медицинской экспертизы. Каких - либо других телесных повреждений при исследовании не обнаружено.

Эталон № 6.

1. Обнаружение стойкой мелкопузырчатой пены в окружностях отверстий рта и носа в совокупности с обстоятельствами дела, дает основание полагать о возможной причине смерти – утопление в воде.

2. Быстро появляющийся мышечный тяж, высотой до 2 см (феномен идиомускулярной опухоли), отсутствие трупного окоченения, восстановление трупных пятен через 8 сек. температура печени 38°С, дает основание полагать о давности наступления смерти от 1 до 2,5 часов на момент обнаружения.

3.5. Имеющееся повреждение – ссадина в области лба, возникло незадолго до наступления смерти, не является вредом, причиненным здоровью человека и к причине смерти отношения не имеет.

4. Повреждение возникло от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков.

Эталон № 7.

1. Особенности раны мягких тканей шеи предполагают в данном случае повреждения крупных артериальных стволов (сопровождающих вен), сопровождающихся острой кровопотерей, что и в данном случае, полагаю, явилось непосредственной причиной смерти.

2,3. Особенности раны на боковой поверхности шеи - минус ткань, округлая форма, дает основание считать, что это входное огнестрельное отверстие.

Рана с противоположной стороны щелевидной формы характерна для выходного отверстия.

4. Особенности трупных явлений, трупное окоченение, реакция трупных пятен при динамометрии и температура печени указывают на давность наступления смерти 10,5-13,5 часов на момент обнаружения.

Эталон № 8.

1. Учитывая состояние трупных пятен (при надавливании не бледнеют) и показателей термометрии печени с учетом состояния трупного окоченения давность наступления смерти в пределах 23-24,5 часов на момент обнаружения трупа.

2. Наличие повреждения височной области – дефект ткани как на кожных покровах, так и на кости, предположительная причина смерти – повреждение головы с разрушением вещества головного мозга при огнестрельной травме.

3. Насыщенные трупные пятна разлитого характера исключают острую кровопотерю.

4. Зона расположения повреждения доступна для действия собственной руки.

Эталон № 9.

1. Обнаружение в затылочной области головы раны кожных покровов с дефектом ткани, аналогичное повреждение затылочной кости дает основание предполагать о повреждении головного мозга вследствие проникающего огнестрельного ранения головы.

2. Особенности повреждений описанных в п.1, дают основание считать, что повреждающим фактором явилось огнестрельное ранение.

3. Учитывая хорошо выраженное трупное окоченение, стадию развития трупных пятен и результаты глубокой термометрии, считаю, что давность наступления смерти в пределах свыше 24,5-27,5 часов.

4. В таких случаях следователю (с помощью эксперта) целесообразно вести поиск огнестрельного оружия, а в дальнейшем его упаковку и другие действия, входящие в компетенцию следователя.

Эталон № 10.

1. Отсутствие наружных повреждений (ран различного происхождения) при наличии характерных обстоятельств дела, выявленные очаговые трупные

пятна дает основание полагать о возможной кровопотере в результате повреждения органов в полости живота (печень, селезенка и пр.).

2. Решить вопрос не представляется возможным, в связи с отсутствием каких-либо специфических признаков на теле умершего.

3. Состояние трупного окоченения, реакция трупных пятен при динамометрии, а также температура печени, дает основание полагать о давности наступления смерти в пределах 11,5-24,5 часа на момент обнаружения.

ТЕМА № 2. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ТРУПА.

Задача №1

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «направляется труп осужденного К.». НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужского пола, пониженного питания. Кожные покровы бледно-серого цвета, холодные на ощупь. Трупные пятна необильные, слабо насыщенные, синюшно-багрового цвета на задней поверхности тела, при надавливании окраски не меняют. Трупное окоченение разрешено во всех группах мышц. ПОВРЕЖДЕНИЯ: В области локтевых сгибов округлые бледно-синюшные кровоподтеки, диаметром до 2см, на фоне которых точечные ранки под коричневой корочкой. Каких-либо других повреждений не отмечено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, толщина ее в области передней стенки живота составляет до 1,0см, грудной клетки до 0,5см. В плевральных полостях спайки на всем протяжении, жидкости нет. В брюшной полости жидкости и спаек нет. В просвете аорты жидкая кровь и свертки крови желто-красного цвета. Почки размерами около 11х6х4см, массой по 160гр. Легкие на ощупь имеют плотноватую консистенцию, с поверхности синюшно-серого цвета с множественными серо-желтыми несколько возвышающимися участками желтого цвета, диаметром 0,2-0,5см. На разрезе ткань легких равномерного серо-вишневого с множественными диффузно расположенными плотными серо-желтыми образованиями, диаметром около 0,2-0,5см дряблой консистенции, местами (в верхних долях) сливного характера, с наличием тонкостенных полостей, заполненных сливко-образной жидкостью серо-зеленого цвета; при надавливании с поверхности разрезов в небольшом количестве выделяется светлая пенистая жидкость и жидкая кровь. Масса левого легкого 780гр., правого - 870гр. Сердце размерами около 12х9х6см. В полостях сердца справа и слева жидкая

темная кровь и желто-красные свертки крови. Сердце весом 320гр. Мышца сердца дряблая, на разрезе имеет равномерный тусклый красно-коричневый цвет. Наибольшая толщина мышцы левого желудочка около 1,4см, правого - 0,5см. Длина окружности 2- х-створчатого клапана 8,0см, 3-х-створчатого – 11,5см. Коронарные артерии несколько извиты. Стенки венечных артерий утолщены атеросклеротическими бляшками с сужением просвета до 1/2. Селезенка дрябловатая на ощупь, размерами 11х8х6 см, массой 110гр., капсула серо- синюшного цвета, гладкая, с очаговыми просовидными образованиями серого цвета диаметром до 0,3см. На разрезе ткань селезенки темно- вишневого цвета со смазанным рисунком фолликулов, с тяжами фиброзной ткани, дает необильный соскоб. Печень размерами 22х17х12х9 см, массой 1360гр., на ощупь эластичная, поверхность желтого цвета, гладкая. На разрезе ткань печени желтого цвета. Желчный пузырь грушевидной формы, в его полости следы зелено-коричневой желчи и около 20 овоидных камня размерами 1х0,5х0,5см коричневого цвета; стенка пузыря утолщена, слизистая сглажена.

При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен. При судебно-гистологическом исследовании в препаратах легкого обнаружены множественные сливающиеся между собой очаги некроза, окруженные валом из эпителиоидных клеток и гигантских клеток типа Пирогова-Лангханса. При судебно-биохимическом исследовании определена концентрация мочевины в крови – 32,2ммоль/л, креатинин – 0,433ммоль/л.

1. Какова причина смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?

4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Задача №2

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «для установления причины смерти направляется труп Д.». Представлена карта осмотра трупа, заполненная 21.11.2011 с 23:55, в которой указано, что температура окружающего воздуха +18°С, температура печени 38,1°С, трупное

окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль в виде валика высотой до 2см, трупные пятна багрово-синюшные по задней поверхности туловища, исчезают и восстанавливают свой цвет через 4 секунды. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп мужского пола. Трупные пятна обильные, насыщенные, синюшно-багрового цвета на задней поверхности тела, при надавливании окраску не меняют. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц. ПОВРЕЖДЕНИЯ: в области левого локтевого сгиба овальный кровоподтек синюшного цвета, размером 1,5х1см, на фоне которого 2 точечные ранки с красно-коричневой поверхностью (следы от инъекций). Каких-либо других повреждений не отмечено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Головной мозг массой 1400гр. ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Расположение внутренних органов анатомически правильное. В просвете аорты жидкая кровь. Почки парные, 12х5х3см, массой по 190гр., поверхность гладкая, темно-синюшного цвета с единичными втяжениями звездчатой формы. Легкие: правое - 1190гр., левое – 980гр. На разрезе ткань легких равномерного буро-вишневого цвета; при надавливании с поверхности разрезов обильно выделяется светлая пенистая жидкость и жидкая кровь. Сердце обложено жиром, эластичной консистенции, шаровидной формы, с закругленной верхушкой, размерами около 15х10х7см. В полостях сердца жидкая темная кровь. Сердце весом 580гр. Створки клапанов сердца и крупных сосудов за исключением аортального клапана не утолщены, полностью смыкаются. Створки аортального клапана резко утолщены, практически не подвижны, не прозрачны, с множественными полиповидными образованиями размерами до 0,4х0,3см, часть из них шероховатая. Створки клапана хрустят при разрезании. Мышца сердца мягко-эластичная, на разрезе неравномерно кровенаполненна; в области передней стенки левого желудочка с переходом на межжелудочковую перегородку имеет равномерный тусклый красно-коричневый цвет с серо-желтоватыми участками на площади 4х3см с темно-вишневым венчиком по периферии, с множественными диффузно расположенными мелкими прослойками белесой ткани, и обширным участком белесой плотной ткани размером 3х2см в области межжелудочковой перегородки. Толщина левого желудочка - 2,2см, правого - 0,8см. Длина окружности 2-х-створчатого клапана 9,0см, 3-х-створчатого – 13,0см, аортального клапана 6см, легочного ствола 8,5см. Коронарные артерии на разрезе не спадаются, просвет их практически на всем протяжении сужен эксцентрически расположенными бляшками до 1/2-3/4. В просвете нисходящей ветви передней огибающей артерии тромботические 15

массы вишневого цвета. Печень размерами 29х18х18х9см, массой 2100гр. Селезенка плотная на ощупь, размерами 18х14х6см, массой 800гр.

При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

1. Какова причина смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?

4.Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Задача №3.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что направляется труп гр-ки С., 1928г.р., для установления причины смерти, наличия телесных повреждений, степени тяжести телесных повреждений. Со слов родственников длительное время не вставала с кровати. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп женщины правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы бледно-серые. Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. Отеки мягких тканей нижних конечностей. Повреждения: На передней поверхности правого предплечья кровоподтек неопределенной формы размером 4х2см, буро-зеленого цвета. Полость черепа: кожный лоскут головы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, напряжена. Листки мягкой мозговой оболочки приподняты, отечны. Головной мозг мягко-эластичной консистенции. На разрезе слои определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены. На миндалинах мозжечка странгуляционная борозда шириной около 0,5см. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: В правой плевральной полости 850мл прозрачной жидкости, в левой плевральной полости 1050мл прозрачной жидкости. В брюшной полости 2600мл аналогичной жидкости. В просвете аорты жидкая темная кровь и желто-красные эластичные свертки. Почки парные, бобовидной формы, массой по 170гр., капсула тонкая, снимается легко, поверхность под ней синюшного цвета, край разреза острый, на разрезе слои определяются с затруднением, корковый и мозговой

слои темно-синюшного цвета. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие повышенной воздушности, режутся с хрустом, на разрезе серо-синюшного цвета с бурым оттенком. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разреза, вдоль них белесые прожилки. С поверхности разреза стекает прозрачная жидкость. Сердце размером 16х12х10см, массой 510гр., в полостях сердца жидкая темная кровь и желто-красные свертки. Толщина стенки левого желудочка 1,8см, правого 0,6см. Длина окружности двухстворчатого клапана 12,5см, трехстворчатого 14,0см, аортального клапана 8,0см, легочного ствола 8,5см. Миокард эластичной консистенции, на разрезе коричневого цвета с множественными 16 белесыми прожилками и участком разрастания плотной белесой ткани в области передней и боковой стенки левого желудочка, на площади 5х4см. Коронарные артерии на разрезе не спадаются, просвет их сужен эксцентрически расположенными бляшками до 75% диаметра. В полости желудка содержимого нет. Печень размерами 29х24х23х12см, массой 1920гр., поверхность гладкая, передний край закруглен, ткань плотно-эластичная, на разрезе пестрого вида, за счет темно-вишневых вкраплений на коричневом фоне. Селезенка размером 14х11х6см, массой 290гр., плотной консистенции, капсула гладкая, край разреза острый, на разрезе темно-синюшного цвета. В просвете тонкого и толстого кишечника свойственное отделам содержимое.

При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

1. Какова причина смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?

4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Задача №4.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В направлении указано, что направляется труп г-на М., 56 лет, для установления причины смерти, наличия повреждений, определения тяжести вреда здоровью. Со слов родственников упал по пути на кухню и умер, медицинская помощь не оказывалась. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в рубашке серого цвета, спортивных

брюках синего цвета, трусах черного цвета. Труп мужского пола. Кожные покровы бледно-серые за исключением головы, шеи и плечевого пояса, где отмечается синюшность кожных покровов. Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. ПОВРЕЖДЕНИЯ: В левой лобной области ссадина неопределенной формы размером 4х2см с красно-коричневой поверхностью ниже уровня кожи. Каких-либо других повреждений не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: Кожно- мышечный лоскут головы блестящий, бледно-розового цвета с наличием бледно-вишневого кровоизлияния в левой лобной области размером 3х2см. Височные мышцы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, не напряжена, блестящая. Сосуды мягкой мозговой оболочки расширены, полнокровны. Вещество головного мозга мягко-эластической консистенции. На разрезе слои определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены, эпендима их бледная, блестящая. В плевральных и брюшной полостях жидкости и спаек нет. Листки плевры и брюшины гладкие, блестящие. В просвете аорты жидкая темная кровь. Почки парные, бобовидной формы, массой 280гр. обе, эластической консистенции, на разрезе слои определяются хорошо, корковый слой синюшного цвета, мозговой темно-синюшного цвета. Язык на разрезе мясистого вида, без кровоизлияний. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие мягко-эластической консистенции, на разрезе однородного серо-синюшного цвета, режутся с похрустыванием. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разрезов. С поверхности разреза стекает жидкая темная кровь. В полостях сердца жидкая темная кровь. Эндокард бледно-серый, блестящий. Миокард однородного красно- коричневого цвета с единичными белесыми прожилками. В просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника», при расправлении напоминает жгут диаметром около 0,8см, шероховатые с поверхности, крошковатой консистенции, слоистого строения на разрезе. В просвете дистальных отделов ветвей легочной артерии жидкая темная кровь. В полости желудка содержимого нет. Поджелудочная железа мягко-эластичной консистенции, на разрезе дольчатого вида. Печень массой 1620гр., поверхность гладкая, на разрезе желто-коричневого цвета. В просвете кишечника свойственное отделам содержимое. Произведены диагностические разрезы нижних конечностей с исследованием поверхностных и глубоких вен: слева в просвете жидкая кровь, справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета,

шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета.

Данные лабораторных исследований:

При судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1%о, в моче - 1,6%о этилового спирта.

При судебно-гистологическом исследовании в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лифмо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы.

1. Какова причина смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?

4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Задача № 5.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что «направляется труп гр. З., 1952г.р., для установления причины смерти». Других сведений нет. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. На секционном столе труп женского пола. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Трупные пятна обильные, насыщенные, синюшно-багрового цвета на задней поверхности тела, при дозированном надавливании окраски не меняют. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц. Повреждения: В области локтевых сгибов с обеих сторон овальные кровоподтеки зеленовато- синюшного цвета размерами 4х4 и 5х5см, на фоне которых точечные ссадины под коричневой корочкой. Исследованы подлежащие мягкие ткани и поверхностные вены вокруг которых обнаружены буро-вишневые кровоизлияния; вскрыты вены – обнаружены сквозные точечные ранки. Аналогичные кровоподтеки и ссадины на передней поверхности обеих бедер. Полость черепа. Мягкие мозговые оболочки не утолщены, слегка отечны. Рельеф мозга сглажен. Извилины увеличены в размере, неравномерно уплощены, борозды сужены. Головной мозг массой 1320гр. Правая гемисфера при манипуляциях держит форму, левая в височной и теменной долях сохраняет конфигурацию только

за счет мягкой оболочки, дряблая. На разрезе рисунок строения мозга сохранен во всех отделах правой гемисферы, левой лобной и затылочной долях, а в левой теменной и височной долях практически на всем протяжении вещество мозга представлено бесструктурными дряблыми не держащими форму массами серо-желтого цвета с полностью не различимыми слоями; поверхность разреза имеют повышенную влажность, мелкие сосуды вещества мозга резко полнокровны. Сосуды основания мозга на большем протяжении утолщены мелкими и крупными эксцентрическими бляшками, где просвет сосудов на поперечных разрезах сужен до 1/4. В просвете левой средней мозговой артерии на расстоянии 1см от разветвления и далее тромботические массы серо- вишневого цвета, полностью перекрывающие просвет. На миндалинах мозжечка определяется борозда вклинения шириной 0,3см. ГРУДНАЯ И БРЮШНАЯ ПОЛОСТИ: Расположение внутренних органов анатомически правильное. В просвете аорты жидкая кровь и желто-красные свертки. Внутренняя оболочка аорты бледно-желтого цвета, с мелкими и крупными атеросклеротическими бляшками желтого цвета, выступающими над поверхностью, с участками атероматоза и кальциноза, кровоизлияниями в бляшки. Почки парные, бобовидной формы, размерами около 10х7х5см, массой по 110гр. Легкие на ощупь имеют тестоватую консистенцию, без очаговых уплотнений, с поверхности синюшно-серого цвета. На разрезе ткань легких равномерного серо-вишневого цвета. Сердце 12х8х5см, весом 360гр. Мышца сердца мягко-эластичная, на разрезе имеет равномерный тусклый серо-коричневый цвет с мелкими прослойками белесой ткани. Печень размерами 21х16х13х7см, массой 1140гр.

При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

1. Какова причина смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?

4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 2. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА) ТРУПА.

Эталон № 1.

1. Причиной смерти гр-на К. явилось заболевание – диссеминированный туберкулез с очагами казеозной пневмонии, что подтверждается данными макроскопического исследования (легкие с множественными диффузно расположенными плотными серо-желтыми образованиями, диаметром около 0,2-0,5см дряблой консистенции, местами (в верхних долях) сливного характера). Прогрессия заболевания обусловила развитие прогрессирующей эндогенной интоксикации, что подтверждается данными судебно-биохимического исследования (концентрация мочевины в крови – 32,2ммоль/л, креатинин – 0,433ммоль/л).

2. Согласно трупным явлениям (трупные пятна необильные, слабо насыщенные, синюшно-багрового цвета на задней поверхности тела, при надавливании окраски не меняют. Трупное окоченение разрешено во всех группах мышц..) давность наступления смерти составила свыше 2-х, но не более трех суток на момент проведения вскрытия.

3. При исследовании трупа обнаружены повреждения: в области левого локтевого сгиба овальный кровоподтек синюшного цвета, размером 1,5х1см, на фоне которого 2 точечные ранки, которые являются следами медицинских манипуляций и судебно-медицинской оценке не подлежат.

4. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

5. При исследовании трупа обнаружено хроническое заболевание: Желчно-каменная болезнь. Жировой гепатоз.

Эталон № 2.

1. Причиной смерти гр-на Д. явилось заболевание – острый повторный инфаркт миокарда, морфологическими проявлениями которой явились: зона некроза в области передней стенки левого желудочка с распространением на межжелудочковую перегородку, тромбоз нисходящей ветви передней огибающей артерии сердца. Прогрессия заболевания обусловила развитие осложнения – левожелудочковой недостаточности с явлениями отека легких.

2. Согласно трупным явлениям, зафиксированным в карте осмотра трупа на месте происшествия (температура окружающего воздуха +18°С, температура

печени 38,1°С, трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, идиомускулярная опухоль в виде валика высотой до 2см, трупные пятна багрово-синюшные по задней поверхности туловища, исчезают и восстанавливают свой цвет через 4 секунды.) давность наступления смерти составила не более 2-х часов.

3. При исследовании трупа обнаружены повреждения: в области левого локтевого сгиба овальный кровоподтек синюшного цвета, размером 1,5х1см, на фоне которого 2 точечные ранки с красно-коричневой поверхностью которые являются следами медицинских манипуляций и судебно-медицинской оценке не подлежат.

4. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

5. При исследовании трупа обнаружено хроническое заболевание: Постинфарктный кардиосклероз. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

Эталон № 3.

1. Причиной смерти гр-ки С. явилось заболевание – хроническая ишемическая болезнь сердца, морфологическими проявлениями которой явились: крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, гипертрофия миокарда. Прогрессия заболевания обусловила развитие осложнения – хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации, что подтверждается расширением полостей сердца (длина окружности двухстворчатого клапана 12,5см, трехстворчатого 14,0см), явлениями хронического венозного застоя (бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки, мускатная печень), водянка полостей, отеки нижних конечностей.

2. Согласно трупным явлениям (трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц.) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.

3. При исследовании трупа обнаружено повреждение – кровоподтек на предплечье, который возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой в срок за 3-5 суток до наступления смерти, в какой-либо

связи с наступлением смерти не состоит и согласно приказа МЗ расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

4. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

5. При исследовании трупа обнаружено хроническое заболевание: хронический бронхит, эмфизема.

Эталон № 4.

1. Причиной смерти гр-на М. явилось заболевание – тромбофлебит глубокой вены правой голени, осложнившийся тромбоэмболией легочной артерии с развитием пульмоно-коронарного рефлекса, что подтверждается данными макроскопического исследования (синюшность головы и плечевого пояса, в просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника»; справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета) и судебно-гистологического исследования (в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лифмо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными 21 лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы).

2. Согласно трупным явлениям (Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц.) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.

3. При исследовании трупа обнаружено повреждение – ссадина в лобной области, которая возникла от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой незадолго до наступления смерти, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно приказа МЗ расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

4. При судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1%о, в моче - 1,6%о этилового спирта, что по аналогии с живыми лицами соответствует ЛЕГКОЙ степени опьянения в стадии выведения.

5. При исследовании трупа обнаружены хронические заболевания: Хронический бронхит, эмфизема. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

Эталон № 5.

1. Причиной смерти гр-на М. явилось заболевание – ишемический инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии, что подтверждается наличием некротизированной ткани головного мозга в левой височной и теменной областях, тромбоз левой средней мозговой артерии.

2. Согласно трупным явлениям (Трупные пятна обильные, насыщенные, синюшно-багрового цвета на задней поверхности тела, при дозированном надавливании окраски не меняют. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц.) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.

3. При исследовании трупа обнаружены повреждения – точечные ссадины и кровоподтеки в локтевых сгибах и на передней поверхности бедер, которые являются следами медицинских манипуляций и судебно-медицинской оценке не подлежат.

4. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

5. При исследовании трупа обнаружено хроническое заболевание: Прогрессирующий атеросклероз аорты.

ТЕМА № 3. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА).

Задача № 1

17.08.2010г., труп гр-на А., обнаружен в р. Е-й на А-й протоке. На трупе одежда: плавки. Кожные покровы, холодные, с явлениями мацерации кожных покровов кистей и стоп в виде побеления и набухания эпидермиса, озноблены по типу «гусиной кожи». Веки обоих глаз резко отечны, лицо одутловатое. Трупные пятна разлитые, темно-фиолетового цвета, расположены на заднебоковых поверхностях тела, при дозированном надавливании пальцем бледнеют и восстанавливают свой цвет через 34 секунды. Феномен идиомускулярной опухоли в виде валика высотой 1,0 см. Трупное окоченение хорошо и равномерно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц. Внутрипеченочная температура 32°С. На левой брови повреждение с неровными краями, закругленными концами, в дне повреждения видны соединительно-тканные перемычки и кровоподтечные мягкие ткани. При вскрытии пазухи основной кости обнаружено около 2мл полупрозрачной сероватой жидкости, поверхность пазухи влажная. Ткань

легких серо-пестрая, с чередованием участков бледно-серого цвета и участками розово-красного цвета, с очагами эмфиземы легочной ткани. Под легочной плеврой имеются расплывчатые красные кровоизлияния с нечеткими границами (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа). Отмечается переполнение правой половины сердца кровью, ушко правого предсердия резко увеличенное, синюшное, ушко левого предсердия бледное, небольших размеров. В правых полостях сердца темная жидкая кровь, в левых полостях имеются рыхлые темно-красные свертки крови, полости желудочков резко расширены. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,4‰ и 2,1‰ соответственно. Гистологически: Серозно-продуктивный альвеолит, очаговый отек легкого. Хронический пиелонефрит. В минерализате легкого и почки обнаружен диатомовый планктон.

1. Определить причину смерти.

2. Установить давность наступления смерти.

3. Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, прижизненность, тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.

4. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти.

5. Определить степень алкогольного опьянения.

Задача № 2

12.06.2009г., в цехе № 2 обнаружен труп крановщицы гр-ки П. Со слов рабочих гр-ка П., внезапно остановила кран и замерла. Кожные покровы сухие, бледные. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах 23 мышц. Трупные пятна разлитые багрово-синюшные, насыщенные на задней поверхности, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 28 секунд. Внутрипеченочная температура 33,0°С. Феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 0,5см. Отмечается некоторая синюшность и одутловатость лица. На тыльной поверхности концевых фаланг 2-3 пальцев, в области основных фаланг 4-5 пальцев правой стопы обнаружены повреждения в виде неправильно-овальных дефектов, дном которых являются плотные подсохшие, западающие над окружающей кожей серо-коричневые с наличием мелких черных участков подлежащие мягкие ткани, в центре которых имеется кратерообразный дефект мягких тканей, распространяющийся на глубину до 0,3-0,4см с неровными краями размером 0,3х0,5см, края дефекта черные обугленные; по краям дефекта эпидермиса

эпидермис валикообразно возвышается над уровнем окружающей кожи с белесовато-серым отслоенным эпидермисом, края отслоенного эпидермиса с черно-коричневым прокрашиванием плотные, подсохшие. В пяточных областях в проекции ахилловых сухожилий справа и слева обнаружены неправильно-овальной формы дефекты, в области дефектов отмечается отслоение эпидермиса, цвет которого белесовато-серый, на уровне которых эпидермис плотный подсохший, сморщенный, западает над окружающей кожей с наличием на уровне участков разнонаправленных линейных и дугообразных растрескиваний эпидермиса, края которых черные обугленные, в центре выше описанных участков имеется неправильно-овальный кратеро-образный дефект мягких тканей с неровными закругленными краями, края и дно дефекта черные, обугленные, подсохшие. В просвете сосудов темная жидкая кровь. Со стороны внутренней поверхности интима аорты светло-желтого цвета, с большим количеством фиброзных бляшек в стадии кальциноза. На разрезе ткань почек полнокровная, границы коркового и мозгового слоев прослеживаются отчетливо. В крови и в моче этиловый алкоголь не обнаружен. Медико-криминалистическое исследование: При контактно-диффузионном исследовании в области повреждения обнаружены следы двухвалентного железа, которое могло входить в состав токонесущего проводника.

1. Определить причину смерти.

2. Установить давность наступления смерти.

3. Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, прижизненность, тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.

4. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти.

5. Определить степень алкогольного опьянения.

Задача № 3

01.10.2010г., в ванной комнате в своей квартире обнаружен труп гр-на Л., висящим в петле. Кожные покровы тепловатые в подмышечных и паховых 24 областях. Трупные пятна разлитые синюшно-фиолетовые, насыщенные, расположены циркулярно на нижних и верхних конечностях, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 44 секунды. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Внутрипеченочная температура 34,0°С. Феномен идиомускулярной опухоли

в виде тяжа высотой 0,5см. Глаза закрыты, обнаружены мелкоточечные красные кровоизлияний в слизистую век и роговицу глаз. Имеется значительная синюшность лица и губ, а также ногтевых пластин на фоне общей бледности кожных покровов. Рот приоткрыт, язык находится перед линией зубов. На передней поверхности шеи в верхней трети на 4,1см от подбородка и на 0,5см выше верхнего края щитовидного хряща по срединной линии, справа на 5,4см ниже угла нижней челюсти и слева на 3,8см ниже угла нижней челюсти, проходит справа налево, спереди назад, одиночная, замкнутая, косовосходящая, странгуляционная борозда; на боковых поверхностях шеи борозда проходит: справа на 7см ниже сосцевидного отростка, слева на 3см ниже сосцевидного отростка; ветви борозды смыкаются в затылочной области на 3,3см выше нижней границы роста волос. Таким образом, прослежен ход прохождения странгуляционной борозды идущей справа налево, спереди назад и снизу вверх. В области перстневидного хряща в мягких тканях справа и слева обнаружены темно-красные кровоизлияния. Легкие отечные, с поверхности ткань легких красно-синюшнего цвета, с кровоизлиянием под висцеральную плевру в виде мелко-точечных кровоизлияний (пятна Тардье), с преимущественным расположением в прикорневой зоне обоих легких. В просвете аорты темная жидкая кровь. В просвете коронарных сосудов имеются склеротические бляшки с явлением фиброза в виде плоских фиброзных бляшек и белесоватых утолщений интимы и кальциноза, в виде резкого уплотнения сосудистой стенки, занимающие просвет более 2/3 внутренней стенки. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 2,5 и 3,5 промилле соответственно Гистологически: В представленном кусочке кожи признаки компрессионного воздействия, отсутствие кровоизлияний. В легком альвеолярная эмфизема с разрывами межальвеолярных септ, участки дистелектаза и альвеолярного отека, полнокровие сосудистого русла в легком.

1. Определить причину смерти.

2. Установить давность наступления смерти.

3.Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, прижизненность, тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.

4. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти. 5. Определить степень алкогольного опьянения.

Задача № 4.

25.11.2010г., в подвале дома обнаружен труп неустановленного мужчины без признаков насильственной смерти. Кожные покровы бледные, холодные. Трупные пятна разлитые синюшно-фиолетовые, насыщенные, расположены по задней поверхности тела, при дозированном надавливании цвета не меняют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Внутрипеченочная температура 16,0°С. Феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины. Отмечается одутловатость и синюшность лица. На верхнем и нижнем веках обоих глаз округлые синюшно-фиолетовые разлитые кровоподтеки. Извилины и борозды мозга несколько сглажены и уплощены. Ткань мозга отечная, серое вещество выбухает над белым. На полушариях мозжечка отчетливо видны участки полулунных вдавлений, отображающих большое затылочное отверстие. Мочевой пузырь выше уровня лона, в нем 270мл прозрачной светло-желтой мочи. Под легочной плеврой имеются в большом количестве мелкоточечные кровоизлияния, с преимущественным расположением в прикорневой зоне обоих легких. Под эпикардом имеются темно-красные точечные единичные кровоизлияния. Отмечается переполнение правой половины сердца кровью, ушко правого предсердия увеличенное, синюшное, ушко левого предсердия бледное небольших размеров. Ложе желчного пузыря резко отечное, в виде студневидной прокладки, прилежащая часть печени на этом участке имеет темно-красный цвет. В желудке около 300мл светлой, буровато-серой жидкости без пищевых фрагментов, с запахом, напоминающим алкоголь.

В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 5,6‰ и 4,0‰ соответственно. Гистологически: Очаговый отек легкого, отек головного мозга.

1. Определить причину смерти.

2. Установить давность наступления смерти.

3. Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, прижизненность, тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.

4. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти.

5. Определить степень алкогольного опьянения.

Задача № 5

06.09.2009г., в подъезде неустановленный мужчина ударил гр-на Ф., бутылкой по голове, в результате чего гр-н Ф., умер до приезда «бригады скорой помощи». Кожные покровы бледные, теплые. Трупные пятна разлитые багрово-синюшные, насыщенные, расположены по задней поверхности тела, при дозированном надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 20 секунд. Трупное окоченение хорошо выражено в мышцах нижней челюсти и верхних конечностей. Внутрипеченочная температура 35,2°С. Феномен идиомускулярной опухоли 26 в виде валика 1,5см. Голова обычной формы, каких-либо участков патологической деформации не выявлено, при ощупывании головы патологической подвижности костей черепа не отмечается. На правой ушной раковине разлитой багровый кровоподтек. Обнаружено массивное темно-красное кровоизлияние в кожно-мышечный лоскут головы в левой височно-теменной области. В височной мышце слева обнаружено массивное темно-красное кровоизлияние на всю толщу мышцы. Под твердой мозговой оболочкой обнаружено кровоизлияние (субдуральное) в височно-теменной области с переходом в подмозжечковую область, объемом 75мл, состоящее из темной жидкой крови. Под мягкой мозговой оболочкой в теменно-височной доле слева с переходом в подмозжечковую область тонкое кровоизлияние (субарахноидальное), покрывающее извилины на участке 6,0х6,1см. Ткань мозга отечная, серое вещество выбухает над белым, отчетливо выявляемое на плоскости разреза, при рассечении вещества головного мозга. В боковых желудочках по 2мл мутного ликвора. На полушариях мозжечка отчетливо видны участки полулунных вдавлений, отображающих большое затылочное отверстие. В лоханках почек обнаружены множественные мелкие плотные зеленовато-серые конкременты. В крови и моче обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 0,6 и 0,7 промилле соответственно. Гистологически: В кусочке извилины большого полушария острое диффузно-крупноочаговое субарахноидальное кровоизлияние. Единичное мелкоочаговое кровоизлияние по краю среза в стволовых отделах головного мозга (дислакационное). Отек головного мозга, склероз мягкой мозговой оболочки. В твердой мозговой оболочке головного мозга единичные интрадуральные диапедезные кровоизлияния.

1. Определить причину смерти.

2. Установить давность наступления смерти.

3. Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, прижизненность, тяжесть причиненного вреда здоровью человека и отношение к причине смерти.

4. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти.

5. Определить степень алкогольного опьянения

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 3. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА).

Эталон № 1.

1. Причиной смерти явилось утопление в воде (обтурационный тип утопления), что подтверждается обнаружением: диатомового планктона в легких и почке, расплывчатых красных кровоизлияний под плеврой легких (пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа), жидкости в пазухе основной кости (признак Свешникова), жидкого состояния крови, эмфиземы легких, переполнения правой половины сердца жидкой кровью.

2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые, темно-фиолетового цвета, восстанавливают свой цвет через 34 секунды, феномен идиомускулярной опухоли в виде валика высотой 1,0см, трупное окоченение хорошо и равномерно выражено во всех группах обычно исследуемых мышц, внутрипеченочная температура 32°С), смерть его наступила в пределах не менее 6-8 часов на момент проведения экспертизы трупа.

3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде ушибленной раны левой брови, которое возникло прижизненно, незадолго к моменту наступления смерти, от воздействия тупого твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью, или при ударе о таковой (таковые), в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоит, обычно у живых лиц вызывает временное нарушение функции органов и систем (временную нетрудоспособность) продолжительностью до 21 дня (включительно), что согласно приказу МЗ отнесены к критериям, характеризующим квалифицирующий признак кратковременного расстройства здоровью. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства) квалифицируются как ЛЕГКИЙ вред здоровью.

4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- хронический пиелонефрит, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.

5. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 2,4‰, в моче 2,1‰, что по аналогии с живыми лицами соответствует СРЕДНЕЙ степени алкогольного опьянения в стадии всасывания.

Эталон № 2.

1. Причиной смерти явилось поражением техническим электричеством, что подтверждается наличием электро-меток, располагающихся на фалангах 2-5 пальцев правой стопы и в пяточных областях в проекции ахилловых сухожилий справа и слева, данными медико- криминалистического исследования, жидким состоянием крови.

2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц, трупные пятна разлитые багрово-синюшные, насыщенные, восстанавливают свой цвет через 28 секунд, внутрипеченочная температура 33,0°С.

3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде электро-меток пальцев правой стопы и в пяточных областях, которые возникли прижизненно, от поражения техническим электричеством, находятся в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти и согласно приказу МЗ, отнесены к критериям вреда, опасного для жизни человека, что по указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства) квалифицируются как ТЯЖКИЙ вред здоровью. феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 0,5см), смерть его наступила в пределах не менее 6-8 часов на момент проведения экспертизы трупа.

4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание - атеросклероз аорты, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.

5. При экспертизе трупа признаков указывающих на алкогольное опьянение не обнаружено.

Эталон № 3.

1. Причиной смерти явилась механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей при повешении, изложенный вывод о причине смерти

подтверждается: наличием прижизненной, одиночной, замкнутой, косо-восходящей, идущей спереди назад, справа налево, снизу вверх, с кровоизлиянием в мягкие ткани по ходу странгуляционной борозды, мелкоточечными красными кровоизлияниями в слизистую век и роговицу глаз; острой эмфиземой и ателектазом легочной ткани, наличием пятен Тардье, жидким состоянием крови.

2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (кожные покровы тепловатые в подмышечных и паховых областях, трупные пятна разлитые синюшно-фиолетовые, насыщенные, восстанавливают свой цвет через 44 секунды, трупное окоченение выражено во всех группах мышц, внутрипеченочная температура 34,0°С, феномен идиомускулярной опухоли в виде тяжа высотой 0,5см), смерть его наступила в пределах 6-8 часов на момент проведения экспертизы трупа.

3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде странгуляционной борозды, которое возникло прижизненно, от сдавливающего воздействия петли из мягкого или полужесткого материала на органы шеи, состоит в прямой причинно-следственной связи со смертью. Свойства странгуляционной борозды (косовосходящая, замкнутая) позволяют говорить о сдавлении органов шеи петлей при затягивании ее под тяжестью тела потерпевшего. Обнаруженное при исследовании состояние в виде механической асфиксии от сдавления органов шеи петлей согласно приказу МЗ отнесено к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства) механическая асфиксия от сдавления органов шеи петлей, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание- атеросклероз коронарных артерий, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.

5. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 2,5‰, в моче 3,5 ‰, что по аналогии с живыми лицами соответствует СИЛЬНОМУ алкогольному опьянению в стадии выведения.

Эталон № 4.

1.5. Причиной смерти явилось острое отравление алкоголем, что подтверждается наличием высокой концентрации этилового алкоголя в крови и моче; характерными изменениями внутренних органов в виде отека ложа

желчного пузыря, токсического отека вещества головного мозга и легких, жидкого состояния крови в полостях сердца и крупных сосудах, мелкоточечными кровоизлияниями в слизистые и под капсулу на висцеральной поверхности внутренних органов, переполнением мочевого пузыря.

2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые синюшно-фиолетовые, насыщенные, цвета не меняют, трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц, внутрипеченочная температура 16,0°С, феномен идиомускулярной опухоли в виде вмятины), смерть его наступила в пределах не менее 1-х суток на момент проведения экспертизы трупа.

3. При экспертизе трупа обнаружены повреждения в виде кровоподтеков в околоорбитальных областях справа и слева, которые возникли прижизненно, в пределах не 3-5 суток к моменту наступления смерти, от не менее 2-х воздействий тупого твердого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью, или при ударе о таковой (таковые), в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоят и согласно приказа МЗ, расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

4. Каких-либо болезненных изменений со стороны внутренних органов при экспертизе трупа не выявлено.

Эталон № 5.

1. Причиной смерти явилась закрытая черепно-мозговая травма, сопровождавшаяся кровоизлиянием под твердую и мягкую мозговые оболочки, и в вещество головного мозга, с вклинением стволовых отделов, что подтверждается обнаружением кровоподтека в кожно-мышечный лоскут головы в левой височно-теменной области, кровоизлиянием (субдуральным) в виде темной жидкой крови объемом 75мл под твердой мозговой оболочкой в теменно-височных и в подмозжечковой областях, кровоизлиянием (субарахноидальным) под мягкую мозговую оболочку в теменно-височной и подмозжечковой областях слева, отеком и набуханием головного мозга, участками полулунных вдавлений на миндалевидных дольках мозжечка.

2. Согласно стадии выраженности трупных явлений (трупные пятна разлитые багрово-синюшные, насыщенные, восстанавливают свой цвет через 20 секунд, трупное окоченение хорошо выражено в мышцах нижней челюсти и верхних конечностей, внутрипеченочная температура 35,2°С, феномен

идиомускулярной опухоли в виде валика 1,5см), смерть его наступила в пределах 4-6 часов на момент проведения экспертизы трупа.

3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде закрытой черепно-мозговой травмы, которое возникло прижизненно, в результате локального воздействия тупого твердого предмета (предметов) с условным центром приложения силы в височно-теменной области слева, состоит в прямой причинно-следственной связи со смертью и согласно приказу МЗ отнесено к критериям вреда, опасного для жизни человека, что по указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства) квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

4. При экспертизе трупа обнаружено заболевание - почечнокаменная болезнь, которое не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.

5. Обнаружен этиловый алкоголь в концентрации в крови 0,6 промилле, в моче 0,7 промилле, что по аналогии с живыми лицами соответствует ЛЕГКОЙ степени алкогольного опьянения в стадии выведения.

ТЕМА № 4. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ ТУПЫМИ ОРУДИЯМИ.

Задача № 1

Труп гр-на К., 18 лет, обнаружен в гараже с признаками насильственной смерти». В теменной области справа дугообразная рана, длиной при сведенных краях 3,2 см., глубиной 1 см., в дне раны видны кости черепа и кровоподтечные мягкие ткани, в концах раны тканевые перемычки, в окружности раны овальное осаднение, 2,0х2,5см. В кожно-мышечном лоскуте головы в проекции раны темно-красное, сочное кровоизлияние, 6,5х8 см. В теменной области справа в проекции раны овальный вдавленный перелом теменной кости, 13х8см. Края перелома неровные с преимущественным отщеплением по внутренней костной пластинке; скошены. Под твердой мозговой оболочкой в теменной доле справа жидкая темная кровь, на участке, 7х6,5см. Под мягкой мозговой оболочкой в теменной доле справа кровоизлияние неправильно-овальной формы, 14,5х13см, здесь же обнаружено темно-вишневое кровоизлияние в виде точек и запятых, местами сливающихся между собой и не исчезающих при поглаживании спинкой ножа в белом и сером корковом веществе полушарий головного мозга в теменной доле справа на участке 4,5х4,8см, на глубину

0,9см. В полостях сердца и в просвете крупных сосудов жидкая темная кровь и рыхлые темно-вишневые свертки крови.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 2

Труп гр-на Б., 23 лет, обнаружен 12.03.11г. в своей квартире с признаками насильственной смерти. На передней брюшной стенке справа в мезогастральной области, на расстоянии 3 см от средней линии имеются два овальных бледно-синюшных кровоподтека, 5х3,5см и 4х3,5см. Аналогичные по свойствам кровоподтеки обнаружены в области пупка влево от средней линии, 6х2,5см, вдоль нижнего края левой реберной дуги, 12х3,5см. Брюшина перламутрового вида, гладкая, влажная. Имеется овальное, бледно-синюшное кровоизлияние в пристеночную брюшину по передней поверхности, по средней линии в эпигастральной области и на уровне пупка, 10х7см. В брюшной полости содержится около 2000мл жидкой, темно-вишневой крови и рыхлых свертков крови. При ревизии брюшной полости обнаружено массивное, сочное, темно-красно-вишневое, инфильтрирующее кровоизлияние в корень брыжейки тонкого кишечника, на участке 19х20см. В пристеночной брюшине темно-вишневое кровоизлияние. На фоне кровоизлияния имеются сливающиеся между собой очаги размозжения тканей; обнаружены поперечные разрывы верхней брыжеечной артерии, ветвей кишечных и подвздошно-кишечной артерий; имеются массивные кровоизлияния под серозную оболочку петель тонкого кишечника и слепой кишки. В просвете аорты следы жидкой темно-вишневой крови. Внутренние органы малокровные.

Гистологически констатировано: шунтирование кровотока в почке, печени, неравномерно выраженное перераспределение кровотока в легком. В представленных кусочках брыжейки и брюшины - острые инфильтрирующие кровоизлияния (давностью до 30 минут - 1 часа). В одном из кусочков поперечно-полосатой мышечной и жировой ткани - очагово-инфильтрирующие кровоизлияния с неравномерной лейкоцитарной реакцией (давностью до 6-12 часов); Массивное диффузное, острое кровоизлияние в

наружной оболочке стенки тонкого кишечника и прилежащей жировой ткани (давностью до 30 минут-1 часа).

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 3

Труп гр-на Л., 40 лет, обнаружен 11.06.12г. возле подъезда жилого дома … На передней поверхности правой ушной раковины прерывистая ссадина с подсохшим розовато-вишневым дном 4х3см. На тыльной поверхности 1 фаланги 2-го пальца правой кисти овальная ссадина, 0,8х0,5см под кровянистой буро-коричневой корочкой на уровне кожи. Имеется массивное, сочное пластинчатое темно-вишневого цвета кровоизлияние в кожно-мышечный лоскут головы в затылочной области вправо от средней линии, с размозжением подкожно-жировой клетчатки и образованием «кармана», 7х8см, заполненного темно-вишневой кровью и рыхлой, инфильтрированной кровью размозженной клетчаткой. Под твердой мозговой оболочкой справа в затылочно-височной области обнаружена гематома в виде жидкой темно-вишневой крови с небольшим количеством рыхлых, темно-вишневых, не спаянных с окружающими тканями свертков, объемом около 120мл, распространяющаяся с латеральной поверхности на базальную поверхность правой затылочной доли. После отделения твердой мозговой оболочки обнаружен перелом основания черепа в виде ломанной линии, начинающейся на чешуе затылочной кости справа, не доходя 0,7см до борозды верхнего сагиттального синуса, на 2,1см выше борозды поперечного синуса, проходящей сзади наперед, несколько слева направо, по правой широкой ямке, распространяясь кпереди на каменистую часть правой височной кости, через овальное отверстие на большое крыло клиновидной кости, отклоняется вправо и затухает на уровне клиновидно-височного шва справа. По внутренней костной пластинке края перелома отвесные, хорошо сопоставимые; по наружной костной пластинке - с незначительным выкрашиванием компактного вещества, преимущественно на чешуе затылочной кости справа. Имеются массивные субарахноидальные кровоизлияния в виде пятнистого красно-вишневого прокрашивания и

рыхлых темно-вишневых, сливающихся свертков крови: в правой затылочной доле, по медиальной, латеральной и базальной поверхностям, на участке 8х6,2см, на верхней и базальной поверхностям миндалин мозжечка, преимущественно справа, на медиальной поверхности теменных и лобных долей обоих полушарий, вдоль межполушарной борозды, преимущественно справа. Имеются единичные, мелкоточечные кортикальные кровоизлияния в правой затылочной доле по задней поверхности, на участке 2х1см. Мозжечок на разрезе имеет древовидное строение. На разрезе граница между серовато-коричневым (серым) веществом и серовато-белесоватым (белым) веществом мозжечка прослеживается; имеется скопление темно-вишневой крови и свертков между листками мозжечка, преимущественно справа, как по верхней, так и по базальной поверхностям. На базальной поверхности миндалин мозжечка определяется борозда вдавления от краев большого затылочного отверстия на глубину до 0,5см, шириной до 0,5см. Эпендима четвертого желудочка гладкая, влажная, блестящая. Структура строения стволовых образований не нарушена. Ядерные образования серовато-коричневатого цвета. Белое вещество серовато-белесоватого цвета влажное, блестящее, мягкое. Обнаружено темно-вишневое кровоизлияние в виде точек и запятых, местами сливающихся между собой и не исчезающих при поглаживании спинкой ножа в белом и сером корковом веществе полушарий головного мозга в лобной доле справа, на участке 4,5х4,8см, на глубину 0,9см.

При дополнительном исследовании выявлены субарахноидальные кровоизлияния во фрагментах большого полушария головного мозга и мозжечка (без какой-либо клеточной реакции), единичные перивазальные кровоизлияния в коре. Очаговые, кольцевидные кровоизлияния (типа дислокационных) и диапедезные перивазальные кровоизлияния в подкорковых отделах мозга. Картина ушиба головного в лобной доле справа. Отек головного мозга. Острая гиперемия сосудов микроциркуляторного русла почки.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 4

Труп гр-на К., 44 лет, обнаружен 22.11.11г. около 23 часов 50 минут на лестничной площадке между 1-м и 2-м этажами 4-го подъезда дома №3… В области правого глаза с распространением на правый боковой скат и спинку носа имеется неправильно-овальный синюшно-вишневый кровоподтек с выраженной припухлостью мягких тканей, 9х5см. В правой височной области ссадина неправильно-овальной формы с подсохшим, буро-вишневым дном, размерами 2,7х1,5см. Обнаружено сочное, темно-вишневое, инфильтрирующее кровоизлияние с выраженной отечностью мягких тканей в затылочной области слева на уровне затылочного бугра, на расстоянии 5,5см от средней линии, 10х8см. Очаговые, сливающиеся между собой темно-вишневые кровоизлияния в правую височную мышцу. Под твердой мозговой оболочкой, преимущественно в затылочной области с распространением на базальную поверхность затылочных долей в заднюю черепную ямку субдуральная гематома в виде жидкой крови без свертков, объемом около 100 мл. В сагиттальном синусе имеется жидкая кровь темно-вишневого цвета в умеренном количестве. Твердая мозговая оболочка не плотно сращена с костями черепа; после отделения твердой мозговой оболочки, повреждений костей свода и основания черепа не обнаружено. Мягкая мозговая оболочка несколько утолщена, отечного вида, прозрачная, с неравномерно полнокровными сосудами, студневидно приподнята над веществом головного мозга умеренным количеством прозрачной жидкости. Очаговые субарахноидальные кровоизлияния в виде красно-вишневого прокрашивания оболочек и скопления рыхлых, темно-вишневых свертков крови по бороздам: на верхнебоковой поверхности левой затылочной доли с распространением на левую височную долю и нижнюю лобную извилину левой лобной доли, 14х7,5см; в левой затылочной доле по межполушарной поверхности на уровне клина, 2,5х2см; в левой теменной доле по верхнелатеральной поверхности, влево от межполушарной борозды, 2,5х2,5см; в левой лобной доле в виде вытянутой вдоль межполушарной борозды полосы, распространяющейся на межполушарную поверхность левой лобной доли, 8,5х4см. В левой затылочной доле по верхнебоковой поверхности, на расстоянии 6 см от средней линии, на участке 0,4х0,3х0,2см, обнаружены группирующиеся, красно-синюшные, пылевидные кортикальные кровоизлияния. Белое вещество полушарий головного мозга на разрезах серовато-белесоватого цвета, влажное, дрябловатое. В белом веществе полушарий головного мозга обнаружены единичные, пылевидные вишнево-коричневые кровоизлияния. На поверхности разрезов появляется умеренное

количество мелких капелек жидкой крови темно-красного цвета, которые легко удаляются при поглаживании спинкой секционного ножа по поверхности разрезов. Отмечается прилипание боковой поверхности секционного ножа к поверхности разрезов белого вещества. На поверхности разрезов полушарий белое вещество несколько выступает над серым веществом, граница между ними различима. На базальной поверхности миндалин мозжечка определяется борозда вдавления от краев большого затылочного отверстия на глубину до 0,4см, шириной до 0,5см. При дополнительном исследовании: в фрагменте твердой мозговой оболочки левой затылочной области субдуральная гематома (без тканевой реакции, соответствующая острому периоду). Острым периодом оболочечных и внутримозговых кровоизлияний называется период, не превышающий 2-3 суток. В фрагменте большого полушария мозга с левой затылочной доли субарахноидальное кровоизлияние, мелкоочаговые и перивазальные кровоизлияния в коре, субкортикальных отделах белого вещества (могут быть расценены как контузионный очаг; отсутствие какой-либо клеточной реакции в перифокальной зоне). В фрагментах мозга левой височной, правой теменной, правой лобной долей слабо выраженные субарахноидальные кровоизлияния без тканевой реакции по периферии, отек мягкой оболочки, отсутствие контузионных очагов, малокровие и неравномерное полнокровие церебральных сосудов. Единичные диапедезные мелкие геморрагии в коре правой лобной доли. В правой затылочной доле очаговое субарахноидальное кровоизлияние, со слабо выраженной реакцией единичных лейкоцитов, выраженный отек мягкой оболочки, отсутствие контузионных очагов. Отек мягкой оболочки и вещества мозга в представленных фрагментах мозга. Инфильтрирующие кровоизлияния правой височной мышцы (в перифокальной зоне лейкостаз и краевое стояние зернистых лейкоцитов в единичных микрососудах), некробиотические изменения единичных мышечных волокон. Согласно литературным данным, начальная лейкоцитарная реакция в мягких тканях развивается «спустя 30-40 минут после травмы – в сосудах выявляются клетки белой крови ….».

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 5.

Труп гр-на В., 25 лет, обнаружен 10 декабря 2010 г. в сквере, с повреждением в области головы: в области левого теменного бугра параллельно средней линии головы, в 5,5см от нее, и в 19см кзади от верхнего края глазницы почти прямолинейная рана длиной 6,3см. Края ее неровные, осаднены и размозжены, концы представляются закругленными с межтканевыми перемычками с сочным темно-красным кровоизлиянием на участке диаметром 8см, толщиной до 0,8см. На теменной кости, соответственно ране, трещина с расхождением краев на 0,5см, переходящая на чешую затылочной кости, которая заканчивается, разветвляясь, в виде «ласточкиного хвоста» - 1,5см от края затылочного отверстия. Общая длина ее 16,2см. Между костями свода черепа и твердой мозговой оболочкой, соответственно трещине, до 150мл жидкой темной крови (эпидуральная гематома). Твердая мозговая оболочка напряжена. Под ней, в левой теменно- затылочной области, частично распространяясь на основание мозга, жидкая кровь с мелкими свертками до 250мл. В этой же области мягкие мозговые оболочки приподняты над веществом мозга тонким кровоизлиянием на площади 12х5,6см. На миндалинах мозжечка кольцевидное углубление ткани... В сером веществе мозга, в левой теменной доле множественные мелкоточечные кровоизлияния на площади 6х7см. В желудочках мозга следы жидкой крови. Кости основания черепа целы. Внутренние органы умеренно кровенаполнены. Болезненных изменений со стороны их не обнаружено...

При медико-криминалистическом исследовании раны волосистой части головы: края неровные, с кровоизлияниями в толщу. Эпидермис по краям отсутствует или представлен отдельными лоскутками, концы раны закруглены с межтканевыми перемычками, в стенках и частично по краям видны размятые луковицы волос и внедрившиеся инородные частицы, напоминающие кусочки древесины…

Гистологически: установлена картина ушиба вещества головного мозга, прижизненные под- и меж-оболочечные кровоизлияния с давностью травматического процесса до суток.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 4. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ ТУПЫМИ ОРУДИЯМИ.

Эталон № 1.

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа К., 18 лет, обнаружены повреждения в виде открытой черепно-мозговой травмы, сопровождавшейся раной мягких тканей головы в теменной области справа, вдавленным переломом теменной кости справа, кровоизлиянием под твердую мозговую оболочку (субдуральное кровоизлияние), кровоизлиянием под мягкую мозговую оболочку, ушибом вещества головного мозга в теменной доле головного мозга.

2. Наличие неровных, осадненных краев раны, соединительнотканных перемычек в области ее концов позволяет утверждать, что рана в теменной области справа является ушибленной. Наличие ушибленной раны в теменной области справа, кровоизлияний в мягких тканях и вдавленного перелома правой теменной кости свидетельствует о том, что открытая черепно-мозговая травма образовалась от ударного воздействия твердого тупого предмета на правую теменную область, где имелась ушибленная рана.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях вокруг ушибленной раны в теменной области справа, кровоизлияний под твердой и мягкой мозговыми оболочками головного мозга свидетельствуют о том, что открытая черепно-мозговая травма является прижизненной. Смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый временным промежутком от нескольких минут до нескольких часов после причинения выше указанных повреждений.
4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Непосредственной причиной смерти явился отек и набухание головного мозга вследствие открытой черепно-мозговой травмы.

Эталон № 2.

1. При экспертизе трупа гр-на Б., 23 лет, обнаружено повреждение в виде закрытой травмы живота, выразившейся кровоподтеками передней брюшной стенки, кровоизлияниями в пристеночную брюшину, размозжением корня

брыжейки тонкого кишечника с разрывом верхней брыжеечной, кишечных и подвздошной кишечной артерий, с массивной кровопотерей (в брюшной полости 2000мл жидкой крови со сгустками).

2. Данная травма могла возникнуть от не менее одного воздействия тупого твердого предмета (предметов) с силой, достаточной для образования подобных повреждений, при различных обстоятельствах, при этом потерпевший был обращен к травмирующему объекту передней поверхностью живота.

3. Наличие кровоизлияний в мягкие ткани живота, в пристеночную брюшину, размозжения корня брыжейки тонкого кишечника дает основание утверждать, что повреждения являются прижизненными. Учитывая степень выраженности ответной реакции организма на травму: на кровоизлияния в стенку кишечника, в брыжейку кишечника из области размозжения (гистологически) давность закрытой тупой травмы живота с размозжением корня брыжейки тонкого кишечника и развитием внутреннего кровотечения составляет не более 30 минут - 1 часа ко времени наступления смерти.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), закрытая тупая травма живота с размозжением корня брыжейки тонкого кишечника, по своему характеру непосредственно вызвала расстройство жизненно важных функций организма, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно, относится к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда опасного для жизни человека и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

5. Причиной смерти явилась массивная кровопотеря, развившаяся вследствие закрытой тупой травмы живота, сопровождавшейся множественными разрывами верхней брыжеечной, кишечной и подвздошной кишечной артерий.

Эталон № 3.

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа гр-на Л., 40 лет, обнаружены повреждения в виде закрытой черепно-мозговой травмы, сопровождавшихся массивным кровоизлиянием в кожно-мышечный лоскут головы в затылочной области справа с размозжением клетчатки и образованием «кармана», переломом чешуи затылочной кости справа, каменистой части правой височной кости, правого большого крыла клиновидной кости; субдуральной гематомой справа (объемом 120мл); массивными субарахноидальными

кровоизлияниями в затылочной доле справа, мозжечке, лобных и теменных долях полушарий по медиальной поверхности; мелкоточечными кровоизлияния ми в области подкорковых ядер, в продолговатом мозге, ушибом головного мозга в лобной доле справа.

2. Наличие кровоизлияний в мягких тканях головы в затылочной области справа с размозжением клетчатки и образованием «кармана» свидетельствуют о том, что закрытая черепно-мозговая травма является прижизненной. После причинения данной травмы смерть наступила в короткий промежуток времени от нескольких минут до десятков минут, что подтверждается отсутствием какой-либо клеточной реакции на кровоизлияния.

3. Данная черепно-мозговая травма могла возникнуть от не менее одного воздействия (воздействий) тупого твердого предмета (предметов), с большой силой, что подтверждается обнаружением признаков травмы ускорения, при этом в момент причинения повреждения потерпевший был обращен к травмирующему объекту правой затылочной областью головы, что подтверждается обнаружением массивного кровоизлияния в кожно-мышечный лоскут в данной области, свойствами линейного перелома костей основания черепа. Кроме того, при судебно-медицинской экспертизе трупа обнаружены ссадина на лице, ссадина на 2 пальце правой кисти. Данные повреждения являются прижизненными, в причинной связи с наступлением смерти не состоят; могли возникнуть от воздействий тупого твердого предмета (предметов), при различных обстоятельствах; давностью не более одних суток ко времени наступления смерти.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), перелом основания черепа является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека. Ссадины на лице и на 2 пальце правой кисти, (согласно приказа МЗ) расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

5. Причиной смерти явился отек и набухание вещества головного мозга с дислокацией вследствие закрытой тупой черепно-мозговой травмы.

Эталон № 4.

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа К., 44 лет, обнаружены повреждения в виде закрытой черепно-мозговой травмы: кровоизлияние в мягкие ткани головы в затылочной области слева, субдуральная гематома

объемом около 100мл, контузионный очаг в левой затылочной доле, множественные субарахноидальные кровоизлияния.

2. Данная черепно-мозговая травма могла возникнуть от не менее одного воздействия на голову тупого твердого предмета (предметом), с силой, достаточной для образования подобных повреждений, при различных обстоятельствах, при этом потерпевший был обращен к травмирующему предмету (предметам) задней частью головы. Учитывая отсутствие или слабую ответную реакцию организма на кровоизлияния (что является микроскопическими признаками раннего острого периода), смерть потерпевшего наступила в период времени не более 40 минут - 1 часа после причинения данной закрытой черепно-мозговой травмы. Учитывая наличие признаков травмы ускорения: наличие «противоударного» субарахноидального кровоизлияния на переднем полюсе правой лобной доли, не исключена возможность образования данной закрытой черепно-мозговой травмы в результате падения.

3. Наличие сочного, темно-вишневого, инфильтрирующего кровоизлияния с выраженной отечностью мягких тканей в затылочной области слева на уровне затылочного бугра, а также кровоизлияния в правую височную мышцу свидетельствует о том, что закрытая черепно-мозговая травма является прижизненной. Смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый временным промежутком от нескольких минут до нескольких часов после причинения выше указанных повреждений. Давность кровоизлияний в правую височную мышцу – не менее 30-40 минут ко времени наступления смерти; давность ссадин и поверхностных ушибленных ран - не более 12 часов ко времени наступления смерти; давность кровоподтеков – не более 1-3 суток ко времени наступления смерти.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), закрытая черепно-мозговая травма непосредственно создала угрозу для жизни, вызвала развитие угрожающего жизни состояния, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

5. Причиной смерти явился отек и набухание головного мозга с дислокацией вследствие закрытой черепно-мозговой травмы.

Эталон № 5.

1. При экспертизе трупа гр-на В., 25 лет обнаружены повреждения в виде открытой черепно-мозговой травмы, выразившейся наличием раны мягких

тканей головы левой теменной области, линейным переломом в теменной кости с распространением на чешую затылочной кости, наличием кровоизлияний под оболочки мозга, ушибом вещества головного мозга теменной доли.

2. Наличие кровоизлияний в мягких тканях вокруг раны в области левого теменного бугра, кровоизлияний над твердой и под мягкой мозговыми оболочками свидетельствуют о том, что открытая черепно-мозговая травма является прижизненной. Согласно судебно-гистологического исследования, давность травмы в срок до суток.

3. Наличие неровных, осадненных краев раны, соединительнотканных перемычек в области ее концов позволяет утверждать, что рана в области теменного бугра слева является ушибленной. Наличие ушибленной раны в теменной области слева, кровоизлияний в мягких тканях и линейного перелома теменно-затылочной кости слева свидетельствует о том, что открытая черепно-мозговая травма образовалась от ударного воздействия твердого тупого предмета на левую теменную область слева, где имелась ушибленная рана.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Причиной смерти гр-на В., 25 лет явилось осложнение в виде сдавления вещества головного мозга, дислокации с вклинением стволовых отделов в большое затылочное отверстие, развившееся вследствие открытой черепно-мозговой травмы.

ТЕМА № 5. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ ОСТРЫМИ ОРУДИЯМИ.

Задача № 1.

Труп несовершеннолетней Н., 12 лет, обнаружен 25.04.13г. матерью в своей квартире в положении лежа на кровати с повреждением в области живота, с большим количеством подсохшей бурой жидкости рядом с трупом… На кожных покровах передней брюшной стенки справа в 11см от средней линии живота, на 3,5см ниже края подреберья рана веретенообразной формы. При сближении краев они плотно соприкасаются, рана приобретает линейный вид и имеет длину 1,8см. Края раны ровные, не осаднены, один конец М-

образный, противоположный - острый. Стенки раны гладкие, отвесные. В глубине раны пропитанная кровью жировая клетчатка. В брюшной полости 2400мл жидкой крови с рыхлыми свертками. Соответственно ране на коже живота в пристеночной брюшине справа в 12см от средней линии живота на 2,7см ниже края подреберья овальная рана 2,2х0,3см. На нижней поверхности правой доли печени в 2,5см от переднего края зияющая веретенообразная рана длиной 2см с расхождением краев на 0,3см, переходящая в раневой канал, идущая кзади и несколько кверху, слепо заканчивающаяся в ткани печени. Длина раневого канала в печени 7,4см. Канал имеет постоянное поперечное сечение в виде узкой щели, длиной 2,2см на протяжении первых 5см; затем на протяжении 2,4см щель постепенно укорачивается и сходит на нет. Общая длина раневого канала 10см. Отмечается малокровие внутренних органов. В подкожно-жировой клетчатке в области повреждения темно-вишневые кровоизлияния.

При медико-криминалистическом исследовании: колото-резаная рана с признаками воздействия клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух. Ширина клинка в следообразующей части могла быть около 18мм, толщина обуха могла быть 1мм.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 2

4.02.12г. в 19-00, придя домой с работы гр-ка И. обнаружила мужа – гр-на. С, 57 лет, мертвым, лежащим на кровати с обширной раной на голове. Из квартиры с ее слов были украдены вещи, драгоценности, деньги. На голове в левой теменной области зияющая продолговатой формы рана 12х0,6см, с ровными краями. Задне-верхний угол раны П-образный, передне-нижний острый. В глубине раны видна поврежденная теменная кость и вещество головного мозга. Рана проникает на глубину 5см. Направление раны косопоперечное: сверху вниз, сзади наперед, несколько справа налево. В мягких тканях головы в области кожной раны имеется темно-красное кровоизлияние, размерами 14х1см, повреждение левой теменной кости в виде удлиненного остроугольного треугольника, основание которого

направлено кзади, вверх и вправо, а вершина - вперед, вниз и влево. От углов, прилегающих к основанию треугольного повреждения отходят трещины во взаимно противоположные стороны на протяжении 1,5х2см. Размеры поврежденного участка кости 9х0,4см. Толщина кости в месте повреждения 0,5см. Соответственно повреждению костной ткани имеется повреждение вещества головного мозга левой теменной доли, на участке 7х0,3см, глубиной до 4см (в области заднее верхнего конца). Под мягкой мозговой оболочкой по краям повреждения мягких тканей темно-красные кровоизлияния в виде полос шириной от 0,2см до 0,4см.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 3

Известно, что 23.05.10г. в 16-00 у пивного бара во время драки гр-н. П. нанес удар ножом в грудь гр-ну.Н., 30 лет, который на месте скончался. В области 3-го межреберья слева по среднеключичной линии рана щелевидной формы с ровными не осадненными краями, нижний конец ее острый, верхний закругленный. Рана располагается в косо-продольном направлении, сверху вниз, несколько справа налево. Длина раны при сведенных краях 2см. В области острого конца раны имеется линейной формы поверхностная рана длиной 0,5см. В мягких тканях, соответственно ране, имеется очаговое темно- красное кровоизлияние 3х2см. Имеется повреждение верхнего края 4 ребра по среднеключичной линии, идущее косо сверху вниз, справа налево, длиной 0,7см, нижний край повреждения острый. На левом легком в проекции выше описанного повреждения рана щелевидной формы, длиной 0,6см. На передней поверхности сердечной сорочки рана щелевидной формы длиной 5см. В сердечной сорочке 400мл темно-красной жидкой крови и мягких красных свертков. В плевральной полости около 1600мл крови. На передней поверхности левого желудочка щелевидная рана, идущая в продольном направлении с ровными краями, верхним тупым и нижним острым концами длиной 1,2см. Рана проникает в полость левого желудочка сердца. Раневой канал идет спереди назад, несколько сверху вниз, слева

направо. Длина раневого канала 6 см. Отмечается малокровие внутренних органов.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 4

Труп гр-на П., 48 лет, обнаружен в квартире 05.03.12г. на полу с большим количеством подсохшей бурой жидкости рядом. На правой половине спины на участке 6х6см, центр которого расположен в 124см от подошвенной поверхности и в 7см от позвоночника, трех-лучевой формы рана с длиной лучей - 0,5 см. Углы, образуемые лучами, примерно одинаковые. Поверхность, ограниченная лучами, представлена ссадиной в виде равностороннего треугольника с длиной сторон 1,5см. Края ран относительно ровные, концы острые. Рана проникает в правую плевральную полость: на плевре линейное повреждение, длиной 0,7см. На задней поверхности нижней доли правого легкого - щелевидная рана длиной 0,8см, глубиной 2,5см, расположенная горизонтально. Общая длина раневого канала - около 8 см. В правой плевральной полости - 2500 мл жидкой крови и кровяных свертков. Отмечается малокровие внутренних органов.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию.

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 5

5.06.12г. около 17-00, придя домой с работы гр-ка И. обнаружила тело сожителя гр-на Т., 45 лет, мертвым, лежащим на кровати с обширной раной на голове. Вещи в квартире перевернуты, раскиданы. В правой теменной области в 173 см от подошвенной поверхности и 1 см от срединной линии

продольно расположена прямолинейная рана длиной 7,5 см с несколько неровными и кровоподтечными краями. Концы раны острые. По левому краю раны прерывистое тонкое осаднение шириной до 0,1 см. Рана направлена сверху вниз, сзади наперед, несколько справа налево. Рана проникает до кости. На дне раны видна поврежденная теменная кость. Перелом имеет щелевидной форму, длиной 5 см, с ровными краями, сглаженными стенками, острыми концами. Левая стенка перелома незначительно скошена, правая - подрыта. На левой стенке перелома при косом освещении выявляются множественные параллельные друг другу мелкие поверхностные линейные валики и бороздки, расположенные косо перпендикулярно длиннику перелома. Со стороны внутренней костной пластинки отмечается линейный перелом длиной 3 см, стенки которого образованы двумя продолговатыми осколками, незначительно выступающими в полость черепа, причем зона повреждения наружной костной пластинки превалирует над внутренней. Соответственно повреждению костной ткани имеется повреждение вещества головного мозга правой теменной доли, на участке 6х0,2 см, глубиной до 3,5 см. Под мягкой мозговой оболочкой по краям повреждения мягких тканей темно-красные кровоизлияния в виде полос шириной от 0,3 до 0,5 см.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 5. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ ОСТРЫМИ ОРУДИЯМИ.

Эталон № 1.

1. При экспертизе трупа несовершеннолетней Н., 12 лет, обнаружено проникающее ранение живота с повреждением правой доли печени и массивной кровопотерей в брюшной полости (2400 мл жидкой крови с рыхлыми свертками).

2. Учитывая преобладание глубины раны над ее длиной, рана имела ровные, неосадненные края, один конец М-образный, второй – острый, можно

утверждать, что данное повреждение возникло от воздействия орудия, обладающего колюще-режущими свойствами с шириной клинка в следообразующей части около 1,8см, толщиной обуха 0,1см. Указанный вывод подтверждается также данными дополнительного исследования.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков массивной кровопотери. Учитывая характер повреждения и признаки массивной кровопотери, смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут. Для решения вопроса по существу необходимо изучение материалов дела.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана живота, проникающая в брюшную полость, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

5. Обнаружение признаков массивной кровопотери дает основание утверждать, что причиной смерти явилась кровопотеря вследствие колото-резаного ранения живота, сопровождавшегося повреждением брюшины и правой доли печени.

Эталон № 2.

1. При экспертизе трупа гр-на С., 57лет, обнаружена открытая черепно-мозговая травма: рана мягких тканей и повреждение левой теменной кости, вещества головного мозга теменной доли.

2. Учитывая прямолинейную форму раны, ее частично осадненные края, острую форму концов, преобладание длины и глубины раны над ее шириной, наличие разруба кости в глубине раны, можно утверждать, что рана причинена рубящим орудием. Острая форма обоих концов раны свидетельствует о том, что рана причинена лезвием рубящего орудия. Протяженность раны 12см «говорит» о том, что ширина лезвия была не менее 12 см. Рана направлена сверху вниз, сзади наперед, несколько справа налево.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана волосистой части головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

5. Причиной смерти явилось разрушение вещества головного мозга, развившееся вследствие рубленого повреждения в левой теменной области головы с наличием разруба кости в данной области.

Эталон № 3.

1. При экспертизе трупа гр-на. Н., 30 лет, обнаружено проникающее ранение грудной клетки слева с повреждением левого легкого, передней поверхности сердечной сорочки, передней поверхности левого желудочка сердца и признаками массивной кровопотери (в полости сердечной сорочки 400мл жидкой темной крови, в грудной полости слева 1600мл крови).

2. Учитывая то, что рана обладала ровными, не осадненными краями, один конец раны закругленный, второй - острый, глубина раневого канала преобладала над ее длиной, данное повреждение возникло от воздействия орудия, обладающего колюще-режущими свойствами. Данная рана возникла от клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие с односторонней заточкой и обух. Ширина клинка в следообразующей части могла быть около 20мм, с длиной клинка на уровне погружения в пределах 6см.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным. Учитывая характер повреждения и признаки массивной кровопотери, смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость, с повреждением сердца является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред, причиненный здоровью человека.

5. Наличие признаков массивной кровопотери: малокровие внутренних органов, значительный объем крови в плевральной полости (1600мл) и в полости сердечной сорочки (400мл) дает основание считать, что непосредственной причиной смерти явилась массивная кровопотеря, вследствие проникающего колото-резаного ранения грудной клетки, с

повреждением левого легкого, сердечной сорочки и левого желудочка сердца.

Эталон № 4.

1. При экспертизе трупа гр-на П.,48 лет, обнаружено проникающее ранение грудной полости с повреждением задней поверхности нижней доли правого легкого, наличием большого объема крови в плевральной полости 2500мл жидкой крови и кровяных свертков.

2. Учитывая то, что раны имели звездчатую форму, относительно ровные их края с острыми концами, значительное преобладание глубины над ее длиной, причинены колющим предметом, имеющим треугольную форму поперечного сечения, о чем свидетельствуют трех-лучевая форма раны и треугольная форма осаднения. Ширина каждой грани погруженной части клинка не более 1,5 см, что подтверждается одинаковой длиной сторон треугольного осаднения - 1,5 см. Принимая во внимание общую протяженность раневого канала, глубину повреждения легкого, а также толщину и некоторую податливость мягких тканей спины при локальном давлении на них, можно полагать, что длина колющего предмета на уровне погружения была не менее 7 см. Направление раневого канала соответствует направлению ударов - сзади наперед по отношению к вертикальному положению тела человека.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждений и по ходу раневых каналов дает основание утверждать, что все раны являются прижизненными. Учитывая признаки массивной кровопотери, обнаруженные на вскрытии, можно утверждать, что смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Обнаружение признаков значительной кровопотери (2500 мл) дает основание считать, что непосредственной причиной смерти явилась массивная кровопотеря, развившаяся вследствие проникающего колотого ранения грудной клетки с повреждением пристеночной плевры, нижней доли правого легкого.

Эталон № 5.

1. При экспертизе трупа гр-на Т., 45 лет, обнаружена открытая черепно-мозговая травма, выразившаяся наличием раны правой теменной области, повреждением теменной кости и теменной доли головного мозга.

2. Учитывая прямолинейную форму раны, ее частично осадненные края, острую форму концов, наличие повреждения кости с наличием валиков и бороздок на ней (трассы), есть основание считать, что рана причинена рубящим орудием. Острая форма обоих углов раны свидетельствует о том, что рана причинена лезвием рубящего орудия. Протяженность раны 7,5см говорит о том, что ширина лезвия была не менее 7,5см. рана направлена сверху вниз, сзади наперед, несколько справа налево.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным. Учитывая признаки массивной кровопотери, обнаруженные на вскрытии, можно утверждать, что смерть наступила в кроткий промежуток времени, исчисляемый минутами.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана волосистой части головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Причиной смерти явилось разрушение вещества головного мозга, развившееся вследствие рубленого повреждения правой теменной кости, теменной доли мозга.

ТЕМА № 6. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ, ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ.

Задача № 1

Труп гражданина К., 35 лет, обнаружен 26.09.2009г. в квартире с наличием раны в области левой половины грудной клетки и наложением вещества серого цвета в окружности раны. Труп лежал на полу, в положении на спине, между ног двуствольное ружье «ТОЗ», 16-го калибра, ствол ружья направлен к груди, а приклад в сторону стены. На полу вокруг трупа множественные следы вещества красного цвета, похожие на кровь. На уровне 5-6 ребер, влево от средней линии на 5см, округлая рана 3х2,5см с дефектом ткани, мелко-фестончатыми краями и серовато-черным налетом в окружности. По лопаточной линии слева на уровне 7-12 ребер округлый, синюшно-фиолетовый кровоподтек, 15х13см, на крестообразном разрезе сочное до 0,3

см кровоизлияние, 19х14 см, где находятся 8 округлых тел серого цвета, диаметром до 0,4-0,5см. Правое легкое увеличено в объеме, левое спавшееся, поджато к позвоночнику. В левой плевральной полости 1000мл жидкой крови и кусочков мышечной и легочной ткани. Околосердечная сорочка с обширными разрывами, продольно расположенными. Часть сердца, правая его половина находится за пределами поврежденной сорочки. Нижняя доля левого легкого размозжена и представлена отдельными разрозненными полосками ткани, имеющими продольное направление. Разрозненные участки данной доли кровоподтечные, пористость их на разрезе не выражена. Слева в левой плевральной полости, в задненижнем отделе обнаружено 18 отверстий, располагающихся на уровне 9-11 ребер по околопозвоночной и лопаточной линиям неопределенной и круглой формы размерами от 0,5х0,4 см до 1,5х0,5 см. Под пристеночной плеврой и подлежащих мышцах массивные кровоизлияния. По лопаточной линии обнаружен многооскольчатый перелом 9-11 ребер, края переломов острозубчатые, костные фрагменты множественные, находятся под пристеночной плеврой среди мышц. По краям ребер 9 и 11 имеется по сквозному отверстию овальной формы, размерами на внутренней поверхности 0,6х0,6 см с наружной поверхности 0,8х0,6 см. Края в местах отверстий с внутренней поверхности ровные, с наружной со сколом наружной пластинки. От мест переломов указанных ребер отходят параллельно идущие трещины по длиннику ребер. Из левой плевральной полости и из мышц в местах переломов ребер извлечено 5 картонных пыжей, пропитанных кровью, 4 пыжа находились в мышцах на уровне переломов 10,11 ребер.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 2

Труп гр-ки Г., 30 лет, обнаружен 03.03.13г. в квартире, в положении лежа на правом боку с вытянутой вдоль туловища левой рукой. На коже бедер, наружной поверхности рук, внутренней поверхности бедер множественные округлой формы следы засохшей крови от 0,2 до 1 см в диаметре. От правого угла нижней челюсти до правой ушной раковины на коже потек засохшей

крови... В области наружного угла левого глаза округлый кровоподтек синеватого цвета 4х4 см. В окружности отверстий носа - помарки засохшей крови. Из левого наружного слухового прохода вытекает темная жидкая кровь... Волосы на голове обильно испачканы кровью. В затылочной области на 3 см вправо от средней линии округлой формы рана, проникающая в полость черепа, 0,4х0,4 см, с мелкозазубренными краями, пропитанными кровью, по краю - поясок осаднения буровато-коричневого цвета шириной 0,6-0,7 см. При сближении краев раны образуется дефект ткани. Мягкие ткани головы вокруг отверстия в затылочной области на участке 10х3 см пропитаны кровью. В затылочной кости, соответственно отверстию на коже, имеется отверстие с ровными краями овальной формы, 0,9х1,2 см. С внутренней стороны кости это отверстие 1х1,5 см, имеет скошенные кнутри края и мелкие чешуйчатые отслоения костной пластинки. От указанного отверстия вверх идет трещина, которая доходит до лямбдовидного шва, другая идет вниз от отверстия, проходит через затылочную кость, среднюю треть пирамиды височной кости и заканчивается на дне правой средней черепной ямки. Имеет место полный перелом основной кости в области турецкого седла. Кроме того, имеется раздробление решетчатой кости, перелом пирамиды левой височной кости около турецкого седла, а также раздробление глазной части лобной кости на отдельные пластинки, по снятии которых, обнаружено кровоизлияние в жировую клетчатку глазницы, по снятии которых обнаружено кровоизлияние в жировую клетчатку глазницы у верхнего края левой глазницы пластинки лобной кости. На границе между кожей и отверстием в кости, у наружно-верхнего края глазницы, в мягких тканях обнаружена деформированная желтая пуля, в середине - серого металла, диаметром 9 мм. Кожа у наружного края левой глазницы не повреждена. Твердая мозговая оболочка полнокровная, с отверстием в правой затылочной области, соответственно описанным выше на коже и кости. В ее синусах - большое количество темной жидкой крови. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная, полнокровная. В области основания мозга и боковых поверхностей височных долей обширные кровоизлияния под мягкой мозговой оболочкой, частично проникающие в вещество мозга. Правая половина мозжечка разрушена. Вещество мозга на остальном протяжении тестоватой консистенции, отечное, с множественными точечными кровоизлияниями. В желудочках мозга имеется небольшое количество темной жидкой крови.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию?

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений?

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 3

Труп гр-на Н., 55 лет, обнаружен в квартире в положении лежа на спине, с небольшим поворотом вправо к стене. Две подушки и постельное белье находятся на уровне грудной клетки и обильно пропитаны кровью… На месте происшествия обнаружена деформированная желтая пуля, в середине - серого металла, диаметром 7,5 мм. В правой височной области на 3,7 см кзади от наружного края надбровной дуги и на 3 см кпереди от верхнего края ушной раковины рана 3х2,5 см в форме трех-лучевой звезды с неровными лоскутными кровоподтечными краями, лучи разно-ориентированы. По нижнему краю раны сероватый налет, похожий на копоть, на ширину до 0,8 см. В середине нижнего края раны идущий вниз разрыв кожи длиной 1 см, надрывы кожи имеются в правом верхнем углу раны и в середине верхнего края, длиной по 0,3 см. Края раны слегка втянуты внутрь. При сближении краев раны остается дефект. В глубине раны размозженное мозговое вещество, покрытое сероватым налетом. В теменной области слева выше верхнего края ушной раковины на 7 см, имеется неправильной звездчатой формы рана, 2х3,1 см. Края раны неровные, кровоподтечные, вывороченные кнаружи, сближающиеся без дефекта ткани. Правая ушная раковина запачкана кровью... В мягких тканях головы справа темно- красное кровоизлияние 17х14 см. Височная мышцы справа размозжена, пропитана кровью, с сероватым наложением на обрывках мышц. Правая височная кость раздроблена на участке 3,5х3 см. Фрагменты костей частью внедрились в мозговое вещество, частью висят на мышцах. От участка раздробления костей идут трещины: одна из них идет в теменную область, длиной около 12 см, другая - в правую лобную, третья - на верхнюю стенку глазницы, далее через правую пирамиду височной кости, турецкое седло, на пирамиду левой височной кости. Края трещины пропитаны кровью. В левой теменной кости имеется неправильной округлой формы дефект кости со скошенными изнутри кнаружи краями 1 см в диаметре с многочисленными отходящими во все стороны трещинами. Твердая мозговая оболочка повреждена соответственно указанными выше кожным ранам и повреждениям костей. Под твердой мозговой оболочкой в области повреждений темная жидкая кровь и красные свертки крови. Под мягкой мозговой оболочкой на всем протяжении - разлитое темно-красное кровоизлияние. Раневой канал в

мозговом веществе проходит от правой височной области через передние отделы серых узлов справа в левую теменную область. Мозговое вещество по ходу раневого канала размозжено, пропитано кровью с мелкоточечными кровоизлияниями. Вещество мозга на остальном протяжении на срезах блестящее, суховатое, с поверхности разреза выступает незначительное количество красных точек и полос. В желудочках мозга темная жидкая кровь. В веществе варолиева моста справа темно-красные кровоизлияния, от 0,2х0,2 до 0,1х0,1 см... При вскрытии полостей и органов посторонних запахов не ощущалось.

1. Определить наличие, вид, характер, локализацию повреждений?

2. Установить механизм возникновения повреждений, каким орудием причинено повреждение, направление действия травмирующего орудия?

3. Решить вопрос о прижизненности и давности повреждений?

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 4

18 июня 2010г., обнаружен труп гр-на Р., 34 лет, в квартире в положении лежа на кровати. На слизистой нижней губы справа, на границе с каймой, овальная ссадина, 0,5х0,2 см светло-красного цвета с отслоенным лоскутом, 0,2х0,2 см в направлении снизу вверх, слева направо. Ладонная поверхность ногтевых фаланг 1-3 пальцев правой кисти загрязнены темно-серым веществом, расплывчатых очертаний, на участках соответственно 2х1,5 см, 2х1 см, 1х1 см несколько выделяющихся на фоне общего загрязнения кисти. На передней поверхности груди слева в 4 межреберье, на середине между окологрудинной и среднеключичной линиями рана округлой формы диаметром 0,7 см с подсохшим ободком осаднения темно-красного цвета, шириной 0,2 см по правому краю и 0,1 см по левому краю с наложением серого цвета по верхне-правому краю шириной до 0,1 см. При сближении краев раны дефект ткани. По окружности этой раны - кровоподтек бледно-фиолетовый, шириной 0,5 см с четкими контурами. В мягких тканях 4 межреберья слева между окологрудинной и среднеключичной линиями овальная рана несколько удлиненная книзу, 1,2х0,7 см с довольно ровными краями, по окружности канала наложение темно-серого цвета шириной от 0,7 см (по верхнему краю) до 0,5 см по нижнему краю. Мягкие ткани по верхне-правому краю раны отслоены на 0,5-0,7 см, между слоями наложения темно-

серого цвета. Рана проникает в плевральную полость. На пристеночной плевре вокруг раны наложения серого цвета шириной до 1,3 см у нижнего края. Раневой канал в мягких тканях окружен темно-красными кровоизлияниями на ширину до 2 см. В левой плевральной полости 1000 мл темной жидкой крови. На передней поверхности сердечной сорочки в средней трети соответственно левому желудочку овальная рана 1,5х1,5 см с наложениями серого цвета шириной до 0,5 см. По окружности - кровоизлияние темно-красного цвета на участке 10х7 см. По передне-нижнему краю верхней доли левого легкого кровоизлияние 3х0,5 см темно-красного цвета. В сердечной сорочке около 400 мл жидкой крови и красных свертков, выполняющих всю полость. На передней поверхности сердца на уровне межжелудочковой перегородки, почти на середине рана 0,7х0,3 см продольно расположенная, линейной формы с неровными краями, проникающая в межжелудочковую перегородку, доходящая до полости правого желудочка. Задняя стенка правого желудочка не повреждена. В пристеночной плевре 1 межреберья слева над верхушкой левого легкого рана округлой формы, диаметром 0,5 см с ровными краями, проникающая в мышцы надключичной области. Раневой канал здесь не прослеживается. Мышцы, прилегающие к этому участку, пропитаны кровью темно-красного цвета.

1. Определить наличие, вид, характер, локализацию повреждений?

2. Установить механизм возникновения повреждений, каким орудием причинено повреждение, направление действия травмирующего орудия?

3. Решить вопрос о прижизненности и давности повреждений?

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Задача № 5

Гр-н Б., 20 лет, обокравший 18.05.14г. кладовую «Дома КВН», был убит при попытке к бегству постовым милиционером. В области спины по правой околопозвоночной линии и на 4 см вправо от остистого отростка 11 грудного позвонка, соответственно 11 ребру округлой формы рана 0,5х0,5 см, с дефектом ткани «минус ткань», с пояском осаднения желтовато- коричневого цвета шириной 0,2-0,8 см. Наложений на коже вокруг раны не обнаружено. Рана располагается на расстоянии 96 см от подошвенной поверхности стоп. На передней поверхности груди слева на уровне 4 ребра по около-грудинной

линии щелевидное отверстие 1,9х1 см, расположение горизонтальное, с несколько вывернутыми кнаружи краем. Дном раны являются мягкие ткани, вокруг раны кровоизлияния 3х4 см сине-багрового цвета. Рана расположена на расстоянии 135 см от подошвенной поверхности стоп. В области 4 ребра вокруг отверстия на коже кровоизлияние 3х4 см неправильной овальной формы темно-красного цвета. Внутренние органы расположены правильно. В правой плевральной полости около 3000 мл жидкой крови со свертками, на передней поверхности грудной клетки между нижним краем 5 ребра и верхним краем 6 ребра, в месте перехода их в грудину щелевидное отверстие размерами 1х0,7 см с вывернутыми кнаружи краями. Имеется разрыв сердечной сорочки в области верхушки сердца на площади 3х2 см. Сердце 9х9х6 см, на его внутренней поверхности едва заметные кровоизлияния в виде полос (пятна Минакова), до 0,5х0,5 см. В полости сердечной сорочки темно-красные свертки крови. Правое предсердие повреждено, края его неровные, отечные, в полости свертки крови. Повреждения сердца совпадают с повреждениями грудины. Легкие целы, малокровны, поджаты к корням, с поверхности и на разрезе пестрый рисунок (участки розоватого цвета чередуются с серыми). На левом легком в области средней доли кровоизлияние 9х3 см темно- красного цвета. На разрезе легкие блестящие влажные, серо-розовые с поверхности...

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию.

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 6. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ, ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ.

Эталон № 1.

1. При экспертизе трупа гр-на К., 35 лет, обнаружено проникающее ранение грудной клетки слева на уровне 5-6 межреберья, с полным поперечным переломом 6 ребра слева, с повреждением левого легкого, многооскольчатого перелома 9-11 ребер, признаками массивной кровопотери (в плевральной полости около 1000 мл жидкой темной крови).

2. Рана округлой формы на грудной клетке слева с дефектом ткани «минус ткань», с наличием в ее окружности серо-черного налета (копоти) указывает на то, что это входное ранение. Наличие одной входной раны дает основание считать, что она возникла от компактного действия дроби. Данное повреждение возникло в результате однократного огнестрельного дробового ранения. Учитывая наличие копоти в области входной раны, дистанция выстрела была близкой (в пределах действия дополнительных факторов выстрела).

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным. Учитывая характер повреждения и признаки массивной кровопотери, смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть гр-на К., 35 лет, наступила от массивной кровопотери, развившейся вследствие слепого огнестрельного дробового ранения грудной клетки слева, с повреждением 6-го ребра слева, левого легкого, гемотораксом слева.

Эталон № 2.

1. При экспертизе трупа гр-ки Г., 30 лет, обнаружено слепое ранение головы с повреждением костей лицевого и мозгового черепа, вещества головного мозга.

2. Рана округлой формы в затылочной области с дефектом ткани «минус ткань», с пояском осаднения, с вывернутыми кнутри краями, указывает на то, что это входное отверстие. Раневой канал направлен сзади наперед и снизу вверх, с повреждением по ходу его костей черепа и вещества головного мозга. Возникло в результате однократного огнестрельного пулевого ранения. Выстрел был произведен с неблизкой дистанции, на что указывает отсутствие следов действия дополнительных факторов выстрела на кожных покровах в области входного отверстия и раневого канала. Выстрел был произведен из огнестрельного оружия, патрон которого был снаряжен пулей, диаметром 9 мм.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть гр-ки Г., 30 лет, наступила вследствие разрушения вещества головного мозга, развившегося в результате проникающего слепого огнестрельного пулевого ранения головы.

Эталон № 3.

1. При экспертизе трупа гр-на Н., 55 лет, обнаружено проникающее ранение головы, с повреждением костей черепа и разрушением вещества головного мозга.

2. Рана трех-лучевой формы в правой височной области, с дефектом ткани «минус ткань», с вывернутыми вовнутрь краями, наличием на коже в окружности ее серо-черного налета (копоти) указывает на то, что это входное огнестрельное отверстие. Выходное огнестрельное отверстие расположено в теменной области слева выше верхнего края ушной раковины, звездчатой формы с вывернутыми кнаружи краями, без дефекта ткани при их сопоставлении. Раневой канал направлен справа налево и несколько снизу вверх, с повреждением по ходу его костей черепа, разрушением вещества головного мозга. Данное повреждение является огнестрельным, возникло в результате сквозного однократного пулевого ранения. Выстрел был произведен из огнестрельного оружия, патрон которого снаряжен пулей, диаметром 7,5мм. Учитывая наличие копоти в окружности входной раны, дистанция выстрела была близкой (в пределах действия дополнительных факторов выстрела).

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть наступила от сквозного огнестрельного пулевого ранения головы, с повреждением костей черепа, разрушением вещества головного мозга.

Эталон № 4.

1. При экспертизе трупа гр-на Р., 34 лет, обнаружено проникающее ранение грудной клетки, с повреждением левого легкого и левого желудочка сердца, с развитием массивной кровопотери.

2. Рана округлой формы на передней поверхности грудной клетки слева с дефектом ткани «минус ткань», с пояском осаднения и наличием на коже в окружности ее серо-черного налета (копоти) указывает на то, что это входное отверстие. Раневой канал направлен спереди назад, слева направо, прямо, с повреждением по ходу его левого легкого и левого желудочка сердца. Данное повреждение является огнестрельным, возникло в результате однократного ранения. Учитывая наличие копоти в области входной раны, дистанция выстрела была близкой (в пределах действия дополнительных факторов выстрела).

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным. Учитывая признаки массивной кровопотери, обнаруженные на вскрытии, можно утверждать, что смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть наступила вследствие массивной кровопотери, развившейся в результате слепого огнестрельного пулевого ранения грудной клетки, сопровождавшегося повреждением мягких тканей грудной клетки, левого легкого и левого желудочка сердца, с развитием массивной кровопотери (гемоторакс слева - 1000 мл крови) и тампонады сердца.

Эталон № 5.

1. При экспертизе трупа гр-на Б., 20 лет, обнаружено сквозное ранение грудной клетки, с повреждением левого легкого и сердца, наличием большого количества крови в левой плевральной полости (3000 мл).

2. Рана округлой формы на спине с дефектом ткани «минус ткань», с пояском осаднения указывает на то, что это входное отверстие. Щелевидной формы рана без дефекта ткани, пояска осаднения, с вывернутыми кнаружи краями свидетельствует о том, что на передней поверхности груди располагается выходное отверстие. Возникло в результате однократного огнестрельного ранения. Выстрел был произведен с неблизкой дистанции, на что указывает отсутствие следов действия дополнительных факторов выстрела на кожных покровах в области входного отверстия и раневого канала.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным. Учитывая характер повреждения и признаки массивной кровопотери, смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут.

4. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ), рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть гр-на Б., 20 лет, наступила в результате массивной кровопотери, развившейся вследствие проникающего сквозного огнестрельного ранения грудной клетки сопровождавшегося повреждением легкого и сердца.

ТЕМА № 7. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПА НОВОРОЖДЕННОГО МЛАДЕНЦА.

Задача № 1.

Труп неизвестного младенца женского пола был обнаружен за деревянным ларем животноводческой фермы 20 декабря 2010 года около 18:00 часов. При судебно-медицинском исследовании трупа 21 декабря 2010 года в 12 часов отмечено: труп женского пола, длина тела 52 см, масса 3100г. Кожные покровы бледные; на спинке, в паховых областях покрыты сыровидной смазкой. Трупное окоченение во всех группах мышц выражено слабо, трупные пятна синевато-розовые, разлитые, расположены по задней поверхности туловища и конечностей, не меняют свой свет при дозированном давлении динамометром. Кожа живота вокруг пупочного кольца имеет зеленоватый оттенок. Волосы на голове длиной 1-1,5 см. Окружность головки 32 см. В теменно-затылочной области – небольшая припухлость. Ногти на пальцах рук заходят за край пальцев, на ногах доходят до края. Большие половые губы прикрывают малые. Пуповина длиной 42 см,

не перевязана, сочная, бледно-серого цвета, конец ее ровный, слегка подсохший. Кольцо демаркации вокруг пуповины отсутствует. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедра 0,7 см в диаметре. Из отверстий носа выделяется сукровичная жидкость. На подбородке – две серповидной формы царапины длиной 0,2см и 0,3см, с темно-красным дном. В мягких тканях теменно-затылочной области головы – небольшой отек и мелкие кровоизлияния темно-красного цвета. Мягкие мозговые оболочки и вещество головного мозга полнокровные. Кости черепа целы. В расположенных под кожей мягких тканях передней поверхности шеи, глубоких мышцах, под капсулой правой половины щитовидной железы – темно-красные кровоизлияния размерами от 1х1см до 1х3 см. Имеется перелом правого рожка подъязычной кости с четким кровоизлиянием в окружности. Легкие полностью заполняют плевральные полости, всюду воздушны, полнокровны. На их задней поверхности, под плеврой – множественные темно-красные точечные кровоизлияния. В полостях сердца и сосудах – жидкая темная кровь.

Гидростатические пробы на живорожденность (легочная и желудочно-кишечная) положительные: сердечно – легочный комплекс и желудок плавают на поверхности воды; тонкий и толстый кишечник тонут. В желудке – следы сероватой слизи, тонкий кишечник спавшийся, в просвете толстого кишечника – меконий. Органы брюшной полости полнокровны, без болезненных изменений и аномалий развития.

При гистологическом исследовании легких обнаружено: ткань расправлена, полнокровна.

1. Установить причину смерти?

2. Является ли младенец новорожденным?

3. Каков внутриутробный возраст младенца?

4. Является ли младенец доношенным?

5. Является ли младенец зрелым?

Задача № 2

15.09.09г., около 16 часов, на стройплощадке дома в полиэтиленовом мешке обнаружен труп младенца. При исследовании трупа новорожденного ребенка мужского пола: длина тела 50 см, окружность головы 33 см, масса – 3600 г. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Пуповина длиной

30 см, не перевязана, свободный конец пуповины с ровным концом. Яички в мошонке. Ногти на руках заходят за кончики пальцев, на ногах – доходят до них. Подкожная клетчатка затылочной области головы обильно пропитана кровью с небольшими кровянистыми сгустками. Кости черепа подвижны, большой родничок 2×2см, малый - 1×1,5см. От левого теменного бугра в радиальном направлении отходят две трещины длиной 2см и 4см, проникающие через всю толщу кости. Твердая мозговая оболочка полнокровна, плотно соединена с костями свода черепа. Под мозжечковым наметом с обеих сторон – кровоизлияния. В мягких мозговых оболочках теменно-затылочных областей и мозжечка – различимые диффузные кровоизлияния. Проведены гидростатические пробы на живорожденность: органы грудной полости были погружены в воду. Весь органокомплекс тонет. Наложены лигатуры на желудок и петли кишечника и органокомплекс опущен с водой. Петли тонкого и толстого кишечника и желудок тонут. В органах брюшной и грудной полостей болезненных изменений не выявлено. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедренный костей – 0,6 см в диаметре.

При гистологическом исследовании кусочков внутренних органов обнаружено: полнокровие, ателектаз легких, кровоизлияния под мягкие мозговые оболочки теменно-затылочных областей головы и мозжечка.

1. Какова причина смерти?

2. Является ли младенец новорожденным?

3. Каков внутриутробный возраст младенца?

4. Является ли младенец доношенным?

5. Является ли младенец зрелым?

Задача № 3

Труп младенца неизвестной матери мужского пола был извлечен из реки 20.09.12г. Телосложение правильное, длина тела 43 см, масса 1865 г, кожные покровы грязно-зелёного цвета, поверхностный слой местами сходит пластами. Головка правильной формы, покрыта тёмными редкими волосами длиной до 1 см, которые при слабом потягивании легко выдёргиваются. Окружность головки 28 см, из отверстий носа и рта выделяется красноватая жидкость. Глазные яблоки выстоят наружу. Живот вздут, пуповина не перевязана, грязно-зелёная, сочная, длиной 41 см, периферический конец её неровный, разволокнённый. Мошонка раздута, яички в мошонке отсутствуют. Ядра окостенения в нижних эпифизах обоих бедренных костей

не определяются. В таранных и пяточных костях ядра окостенения диаметром 0,5 см; на кистях рук поверхностный слой кожи отсутствует полностью, на стопах сохранён частично. Мягкие ткани головы грязно-серые с участками бурого цвета. Кости черепа целы. Мозг представляет собой кашицеобразную массу, свободно вытекающую из полости черепа. Органы грудной и брюшной полостей расположены правильно. Все они грязно-серого цвета, дряблые рвутся при небольшом надавливании. На поверхности лёгких, печени, вилочковой железы – множественные мелкие газовые пузыри. Желудок, кишечник с поверхности грязно-зеленоватого цвета.

При проведении гидростатических проб на живорожденность отмечено: на поверхности воды плавают сердечно-лёгочный комплекс, желудок вместе с кишечником, а также кусочки печени. Аномалий развития органов трупа не выявлено.

1. Решить вопрос о причине смерти?

2. Является ли младенец новорожденным?

3. Каков внутриутробный возраст младенца?

4. Является ли младенец доношенным?

5. Является или младенец зрелым?

Задача № 4

5 апреля 2010г. в 22:00 часа во дворе дома в мусорном ящике был обнаружен труп неизвестного младенца женского пола с массой тела 2500 г, длиной тела 50 см. Кожные покровы в подмышечных впадинах и складках шеи покрыты сыровидной смазкой. Трупное окоченение не выражено. Трупные пятна бледно-розового цвета в виде отдельных островков на заднебоковых поверхностях туловища, а также спереди на грудной клетке, при дозированном давлении не бледнеют. При осмотре полости рта отмечается ватно-марлевый тампон полностью перекрывающий просвет дыхательных путей, слизистая оболочка под тампоном темно-красная (гистологически мелкоточечные кровоизлияния). Пуповина с ровным краем, не перевязана, длиной 40 см, сочная, серо-розового цвета. На передней поверхности правой голени в средней трети – буро-красная ссадина пергаментной плотности, 2х1,2 см, поверхность которой несколько ниже уровня окружающей кожи. При внутреннем исследовании трупа: мягкие ткани теменно-затылочной области головы слегка отечны с мелкими темно-красными кровоизлияниями.

В мягких мозговых оболочках больших полушарий, а также в намете мозжечка - разлитые кровоизлияния.

Гидростатические пробы на живорожденность (легочная и желудочно-кишечная) положительные. Каких-либо болезненных изменений, а также аномалий развития органов грудной и брюшной полостей не обнаружено. Отмечается венозное полнокровие органов. В просвете толстого кишечника – меконий.

1. Какова причина смерти?

2. Является ли младенец новорожденным?

3. Каков внутриутробный возраст младенца?

4. Является ли младенец доношенным?

5. Имеются ли заболевания и уродства развития?

Задача № 5.

14.10.12г. около завода, в парке, обнаружен труп ребенка мужского пола. Длина тела 52см., масса 3200гр., телосложение правильное, питание хорошее. Кожные покровы местами испачканы засохшей кровью. В подмышечных и паховых областях, на спинке – следы сыровидной смазки. Головка правильной формы, окружность ее 32см, покрыта густыми темными волосами длиной 1,5-2см. В затылочной области разлитая припухлость. В конъюнктивах глаз единичные, мелкие темно-красные кровоизлияния. Пуповина сочная, серо-розового цвета, без кольца демаркации, периферический конец ее ровный. Половые органы сформированы правильно, яички опущены в мошонку. Концы ногтевых пластинок на руках заходят за край пальцев, на ногах – доходят до края. Кожа в окружности заднего прохода испачкана меконием. В нижнем эпифизе бедра - ядра окостенения диаметром 0,8см. Трупное окоченение не выражено. Трупные пятна на передней поверхности тела, сине–розового цвета, разлитые, не исчезающие при надавливании. Видимые гнилостные явления отсутствуют. Кайма губ и кожа передней поверхности мошонки буро–красного цвета, пергаментной плотности. Шея сдавлена тремя оборотами петли, изготовленной из хлопкового хозяйственного шнура, толщиной 0,5см., концы которого завязаны простым узлом. Под петлей – тройная, замкнутая, хорошо выраженная странгуляционная борозда, расположенная горизонтально в средней части шеи. Борозда буро–красного цвета, пергаментной плотности с ясно обозначенными по периферии валиками.

Местами по протяжению борозды различаются мелкие кровоизлияния. В мягких тканях затылочной области головы – выраженный отек с участками кровоизлияний. Кости черепа без повреждений. Вещество мозга студнеобразной консистенции, мягкие мозговые оболочки полнокровные. В мягких тканях шеи спереди, больше справа – разлитое кровоизлияние 6х4,5см., распространяющееся в глубокие мышцы. Хрящи гортани, трахеи и подъязычная кость целы.

Гидростатические пробы на живорожденность (легочная и желудочно-кишечная) положительные. Под плеврой легких и эпикардом – множественные темно-красные кровоизлияния. В желудке – следы бесцветной вязкой слизи, в просвете толстого кишечника – меконий. Болезненных изменений органов и тканей, а также аномалий развития не найдено.

При гистологическом исследовании выявлено: полное расправление легочной ткани, резкое полнокровие всех органов.

1. Установить причину смерти?

2. Является ли младенец новорожденным?

3. Каков внутриутробный возраст младенца?

4. Является ли младенец доношенным?

5. Является ли младенец зрелым?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 7. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПА НОВОРОЖДЕННОГО МЛАДЕНЦА.

Эталон № 1.

1. Кровоизлияния в мягких тканях шеи, под капсулу щитовидной железы, перелом правого рожка подъязычной кости дает основание считать, что в данном случае имело место механическая асфиксия. Серповидные ссадины в подбородочной области в комплексе с переломом рожка подъязычной кости укладывается в удавление руками.

2. Наличие родовой опухоли без признаков рассасывания, а также пуповины - сочной, влажной, бледно-голубовато-сероватого цвета, без признаков демаркационного вала (гистологически), опачкивание сыровидной смазкой, наличие следов крови на теле без признаков повреждений, дает основание утверждать, что младенец является новорожденным.

3. Учитывая, что длина тела 52 см, внутриутробный возраст младенца, согласно формулы Гаазе, 10 лунных месяцев.

4. Учитывая массу и длину тела младенца, показатели общего физического развития – достаточное развитие подкожно-жирового слоя, пушковые волосы только на спинке, считаю, что младенец является доношенным.

5. Ядра окостенения в нижнем эпифизе бедра – 0,8 см. Это указывает на зрелость младенца.

Эталон № 2.

1. Безвоздушность легкого, как справа, так и слева, картина ателектаза – гистологически, дают основание считать, что младенец является мертворожденным. Причину смерти установить не представляется возможным.

2. Наличие родовой опухоли без признаков рассасывания, а также пуповины - сочной, влажной, бледно-голубовато-сероватого цвета, без признаков демаркационного вала (гистологически), опачкивание сыровидной смазкой, дает основание утверждать, что младенец является новорожденным.

3. Учитывая, что длина тела 52 см, внутриутробный возраст младенца, согласно формулы Гаазе, 10 лунных месяцев.

4. Учитывая массу и длину тела младенца, показатели общего физического развития – достаточное развитие подкожно-жирового слоя, пушковые волосы только на спинке, яички в мошонке, считаю, что младенец является доношенным.

5. Ядра окостенения в нижнем эпифизе бедра – 0,6 см. Это указывает на незрелость младенца при наличии признаков доношенности.

Эталон № 3.

1. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе трупа не обнаружено. Аномалий развития не выявлено. В связи с далеко зашедшими гнилостными изменениями решить вопрос о причине смерти не представляется возможным.

2. Гнилостные изменения не позволяют установить наличие родовой опухоли. В равной мере изложенное относится к состоянию пуповины. Гистологическое исследование в данном случае является не целесообразным.

3. Учитывая, что длина тела 43 см, внутриутробный возраст младенца, согласно формулы Гаазе, 8 лунных месяцев.

4. Учитывая массу и длину тела младенца, низкие показатели развития подкожно-жирового слоя, окружность головки 28 см. младенец является недоношенным.

5. В связи с тем, что ядра окостенения в пяточной и таранной костях низких размеров (0,6см) и отсутствует в нижнем эпифизе бедра, младенец является не зрелым.

Эталон № 4.

1. Обнаружение в области входа в дыхательные пути младенца инородного тела – ватно-марлевого тампона с реактивными проявлениями со стороны слизистой оболочки (гистологически) дает основание считать, что причиной смерти явилось закрытие дыхательных путей инородным телом. Указанный вывод подтверждается признаками асфиктической смерти.

2. Наличие родовой опухоли без признаков рассасывания, а также пуповины - сочной, влажной, бледно-голубовато-сероватого цвета, без признаков демаркационного вала (гистологически), опачкивание сыровидной смазкой, наличия следов крови без признаков повреждений, дает основание утверждать, что младенец является новорожденным.

3. Учитывая, что длина тела 50 см, внутриутробный возраст младенца, согласно формулы Гаазе, 10 лунных месяцев.

4. Учитывая массу и длину тела младенца, показатели общего физического развития – достаточное развитие подкожно-жирового слоя, пушковые волосы только на спинке, яички в мошонке, считаю, что младенец является доношенным.

5. В связи с тем, что не проводилось изучение ядер окостенения в нижнем эпифизе бедра, решить вопрос о зрелости младенца не представляется возможным.

Эталон № 5.

1. Обнаружение в области шеи младенца замкнутой равномерно- вдавленной, горизонтально-расположенной странгуляционной борозды дает основание считать, что причиной смерти явилось удавление петлей. Указанный вывод подтверждается признаками асфиктической смерти.

2. Наличие родовой опухоли без признаков рассасывания, а также пуповины - сочной, влажной, бледно-голубовато-сероватого цвета, без признаков демаркационного вала (гистологически), опачкивание сыровидной смазкой, наличия следов крови без признаков повреждений, дает основание утверждать, что младенец является новорожденным.

3. Учитывая, что длина тела 52 см, внутриутробный возраст младенца, согласно формулы Гаазе, 10 лунных месяцев.

4. Учитывая массу и длину тела младенца, показатели общего физического развития – достаточное развитие подкожно-жирового слоя, пушковые волосы только на спинке, яички в мошонке, считаю, что младенец является доношенным.

5. Ядро окостенения в нижнем эпифизе бедра – 0,8 см. Это указывает на зрелость младенца при наличии признаков доношенности.

ТЕМА № 8. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ОТРАВЛЕНИЙ.

Задача № 1.

В своей квартире 20.03.2013г., обнаружен труп гр-ки К., 30лет; в области лба багрово-синий кровоподтек 3х2см. Рядом с трупом находятся бутылки с надписью «уксус» и «водка»; в комнате ощущается запах уксуса. На кожных покровах в окружности рта и носа участки кожи буро-коричневого цвета, с западающим дном; слизистая полости рта отслаивается пластами, такого же цвета, аналогичное со стороны пищевода и желудка. От содержимого желудка ощущается резкий запах уксуса… Трупные пятна очаговые, слабо намеченные, бледно-желтого цвета, при динамометрии не бледнеют, трупное окоченения не определяется, при глубокой термометрии печени температура 14° С…

При судебно-химическом исследовании содержимого желудка обнаружены следы уксусной кислоты; в крови - 2,0 ‰, в моче – 3,0 ‰ алкоголя. Гистологически – диффузный пигментный нефроз, белковая дистрофия печени, миокарда.

1. Определить причину смерти?

2. Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер, локализация?

3. Какой механизм образования, давность возникновения тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?

4. Определить давность наступления смерти?

5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти?

Задача № 2.

В своей квартире 21.03.13г., обнаружен труп гр-на П., 36 лет, в ванной, со слов жены выпил жидкость, находящаяся в бутылке с надписью «водка», перед случившимся она уничтожала тараканов... В средней трети правого плеча имеется ссадина, под плотной красно-коричневой корочкой без отслоения, 3х2см. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-синюшного цвета, при динамометрии не бледнеют, трупное окоченение не определяется, при глубокой термометрии печени температура 26°С … Зрачки сужены, из носовых ходов и полости рта пенистое слизистое отделяемое, отек слизистой оболочки полости рта, пищевода и желудка.

При судебно-химическом исследовании в содержимом желудке обнаружен карбофос; в крови алкоголь - 1,5‰, в моче – 1,0‰. Гистологически – некроз слизистой с коликвациями, в просвете альвеол очаговые кровоизлияния, клетки альвеолярного эпителия с гемосидерином в протоплазме, мутное набухание и жировая дистрофия печени.

1. Определить причину смерти?

2. Имеются ли телесные повреждения, если да, то их вид, характер и локализация?

3. Какой механизм образования, давность возникновения тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти.

4. Определить давность наступления смерти.

5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти.

Задача № 3

Обнаружен труп гр-на Ф., 30 лет, 10.12.12г. дома на полу, в положении лежа на правом боку. Феномен идиомускулярной опухоли: быстро появляется плотный тяж высотой 1,6см; внутрипеченочная температура 37°С; трупное

окоченение отсутствует во всех группах мышц; время восстановления трупных пятен при динамометрии 18 сек. На тыльной поверхности правой кисти в проекции поверхностных сосудов, ближе к области большого пальца, имеется точечная рана. Лицо слегка одутловато, бледно-серого цвета с синюшным оттенком;… полнокровие внутренних органов, жидкая кровь в полостях, кровоизлияния под плевру легких, эпикард, гепатоспленомегалия, гипертрофия миокарда.

Гистологически: острые микроциркуляторные нарушения в легких и почках, жидкое состояние крови, венозное полнокровие внутренних органов, отек легких и головного мозга. При судебно-химическом исследовании: морфина в крови – 1,76 мкг/мл, в желчи – 154,14 мкг/г, в моче 5,88 мкг\мл; этилового спирта в крови – 1,8 ‰, в моче 3,2‰.

1. Определить причину смерти?

2. Определить давность наступления смерти?

3. Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер, локализация?

4. Какой механизм образования повреждений, давность возникновения, тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?

5. Употребляя ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти?

Задача № 4

В своей квартире 15.05.15г. обнаружен труп гр-ки Р., 43лет. В затылочной области красно-багровый кровоподтек 3,3х2,8см; рядом с трупом находятся бутылки с надписью «уксус» и «водка»; в комнате ощущается запах уксуса. На кожных покровах в окружностях отверстий рта и носа участки кожи буро-коричневого цвета, с западающим дном; слизистая полости рта отслаивается пластами, такого же цвета, аналогичное со стороны пищевода и желудка. От содержимого желудка ощущается резкий запах уксуса… Трупные пятна очаговые, слабо намеченные, бледно-красные, при динамометрии не бледнеют, трупное окоченение не определяется, внутрипеченочная температура 18° С…

При судебно-химическом исследовании содержимого желудка обнаружены следы уксусной кислоты, этиловый спирт в крови - 1,5‰, в моче – 1,5‰.

Гистологически – диффузный пигментный нефроз, белковая дистрофия печени, миокарда.

1. Определить причину смерти?

2. Имеются ли телесные повреждения, если да то их вид, характер, локализация?

3. Какой механизм образования, давность возникновения тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?

4. Определить давность наступления смерти?

5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти?

Задача № 5.

В подсобном помещении 11.04.12г., обнаружен труп гр-на С., 45лет; на столе стоят пустые бутылки с надписью «водка» и нечитабельная надпись «…фос». На передней поверхности правого плеча ссадина 2,5х3см, под плотной красно-коричневой корочкой без отслоения. Трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-синюшного цвета, при динамометрии не бледнеют, трупное окоченение резко выраженные во всех группах мышц, внутрипеченочная температура 30°С… Зрачки сужены; из носовых ходов и полости рта пенистое слизистое отделяемое, отек слизистой оболочки полости рта, пищевода и желудка.

При с/х исследовании в содержимом желудке обнаружен карбофос, в крови алкоголь - 1,8‰, в моче – 2,0‰. Гистологически – некроз слизистой с коликвациями, спазм мелких бронхов, в просвете альвеол очаговые кровоизлияния, клетки альвеолярного эпителия с гемосидерином в протоплазме; мутное набухание и жировая дистрофия печени.

1. Определить причину смерти?

2. Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер, локализация?

3. Какой механизм образования, давность возникновения тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?

4. Определить давность наступления смерти?

5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 8. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ОТРАВЛЕНИЙ.

Эталон № 1.

1. Обнаружение химических ожогов лица, пищевода, желудка, при с/х исследовании наличие следов уксуса, а так же изменения характерные для токсического действия уксусной кислоты, а именно диффузный пигментный нефроз, белковая дистрофия печени, миокарда, дает основание утверждать, что причиной смерти явилось отравление уксусной кислотой.

2. При исследовании трупа выявлено повреждение в виде кровоподтека на лице.

3. Возникло от действия твердого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого в связи с отсутствием специфических признаков не представляется возможным. Цвет кровоподтека указывает, что он возник незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет. Согласно медицинским критерием (приказ МЗ) выявленное повреждение не расценивается как вред здоровью человека.

4. Особенности трупных явлений на момент обнаружения: трупные пятна при динамометрии не бледнеют, трупное окоченение не определяется, при глубокой термометрии печени температура 14°С…, давность наступления смерти 13,5-16,5 часов на момент осмотра трупа.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен алкоголь в крови - 2,0‰, в моче – 3,0‰., что соответствует у живых лиц средней степени опьянения, к причине смерти отношение не имеет.

Эталон № 2.

1. Обнаружение отёка слизистой верхних дыхательных путей, пищевода, желудка, при с/х исследовании наличие карбофоса, некрозов слизистой с коликвациями, в просвете альвеол очаговые кровоизлияния, клетки альвеолярного эпителия с гемосидерином в протоплазме, мутное набухание и жировая дистрофия печени, дает основания утверждать, что причиной смерти явилось отравление карбофосом.

2. При исследовании трупа выявлено повреждение в виде ссадины. Возникло от действия твердого предмета (предметов), высказаться о свойствах

которого в связи с отсутствием специфических признаков не представляется возможным. Ссадина возникла незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет. Согласно медицинским критерием (приказ МЗ) выявленное повреждение расценивается как вред здоровью.

3. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупные пятна разлитые, насыщенные, багрово-синюшного цвета, при динамометрии не бледнеют, трупное окоченение не определяется, при глубокой термометрии печени температура 26°С… , давность наступления смерти 11,5-14,5 часов на момент осмотра трупа.

4. При судебно-химическом исследовании обнаружен алкоголь в крови - 1,5‰, в моче – 1,0‰, что соответствует у живых лиц средней степени опьянения, к причине смерти отношение не имеет.

Эталон № 3.

1.5. Совокупность признаков: наличие морфина в крови – 1,76 мкг/мл, в желчи – 154,14 мкг/г, в моче 5,88 мкг\мл; этилового спирта в крови – 1,8 ‰, в моче 3,2‰.; кровоизлияния под плеврой легких, эпикард, острые микроциркуляторные нарушения в легких и почках, жидкое состояние крови, венозное полнокровие внутренних органов, отек легких и головного мозга, дает основание считать, что причиной смерти гр-на Ф.30 лет, явилось сочетанное отравление героином и этиловым спиртом.

2. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: феномен идиомускулярной опухоли: быстро появляется плотный тяж высотой 1,6 см; внутрипеченочная температура 38°С; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; время восстановления трупных пятен при динамометрии 18сек., смерть наступила в пределах 1,5-3,0 часов на момент осмотра трупа.

3. При наружном исследовании обнаружена точечная рана на тыльной поверхности правой кисти, в проекции поверхностных сосудов.

4. Точечная рана является следствием внутривенной инъекции (может указывать на путь введения наркотического вещества в организм), возникла от воздействия предмета обладающего колющими свойствами, незадолго до наступления смерти.

Эталон № 4.

1. Обнаружение: химических ожогов кожных покровов лица, слизистой пищевода и желудка, при с/х исследовании наличие следов уксуса, а так же

изменения характерные для токсического действия уксусной кислоты, а именно диффузный пигментный нефроз, белковая дистрофия печени, миокарда, дает основание утверждать, что причиной смерти явилось отравление уксусной кислотой.

2. При исследовании трупа выявлено повреждение в виде кровоподтека волосистой части головы.

3. Повреждение возникло от действия твердого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого в связи с отсутствием специфических признаков не представляется возможным. Цвет кровоподтека указывает, что он возник незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет. Согласно медицинским критериям (приказ МЗ) выявленное повреждение как вред здоровью человека не расценивается.

4. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупные пятна при динамометрии не бледнеют, трупное окоченение не определяется, при глубокой термометрии печени температура 18°С…, давность наступления смерти около 19,5-22,5 час на момент осмотра трупа.

5. При судебно-химическом исследовании обнаружен алкоголь в крови - 1,5 ‰, в моче – 1,5‰, что соответствует у живых лиц средней степени опьянения, к причине смерти отношение не имеет.

Эталон № 5.

1. Обнаружение: сужение зрачков, наличие бронхоспазма с пенистым содержимым в просвете дыхательных путей, некроз слизистой с коликвациями, в просвете альвеол очаговые кровоизлияния, клетки альвеолярного эпителия с гемосидерином в протоплазме, мутное набухание и жировая дистрофия печени, при с/х исследовании наличие карбофоса, дает основание утверждать, что причиной смерти явилось отравление карбофосом.

2. При исследовании трупа выявлено повреждение в виде ссадины. Возникло от действия твердого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого в связи с отсутствием специфических признаков не представляется возможным. Ссадина возникла незадолго до наступления смерти и к причине смерти отношения не имеет. Согласно медицинским критерием (приказ МЗ) выявленное повреждение не расценивается как вред здоровью человека.

3. Исходя из трупных явлений на момент обнаружения: трупные пятна при динамометрии не бледнеют, трупное окоченения выражено во всех группах

мышц, при глубокой термометрии печени температура 30°С…, давность наступления смерти 7,5-10,5 час на момент осмотра трупа.

4. При судебно-химическом исследовании обнаружен алкоголь в крови - 1,8‰, в моче – 2,0‰, что соответствует у живых лиц средней степени опьянения, к причине смерти отношения не имеет.

ТЕМА № 9. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ.

Задача № 1.

Труп гр-ки А., 37 лет, обнаружен в квартире лежачим на диване 17.01.11г. в 15:00 часов, труп с признаками насильственной смерти. На переднебоковой поверхности шеи слева обнаружены шесть кровоподтеков округлой и овальной формы, синюшно-багрового цвета, от 0,5х1,0см до 2,0х3,5 см и на переднебоковой поверхности шеи справа обнаружены пять кровоподтеков, аналогичных по свойствам. Трупное окоченение умеренно выражено в жевательных мышцах, мышцах шеи и мышцах в верхних конечностей, слабо выражено в нижних конечностях. Трупные пятна багрово-синюшные, разлитые, насыщенные, расположены на задней поверхности тела, при дозированном давлении исчезают и восстанавливают цвет через 12 секунд, внутрипеченочная температура 35,5°С. Феномен идиомускулярной опухоли - быстро появляется плотный тяж высотой 1,5-2,0см; экхимозы в соединительные оболочки глаз. Конструкционные переломы больших рожков подъязычной кости с обширными кровоизлияниями в окружающие мягкие ткани. Темная жидкая кровь в сердце и крупных венозных сосудах, переполнение кровью правой половины сердца, субплевральные и субэпикардиальные кровоизлияния.

При судебно-химическом исследовании концентрация этанола в крови 2,8‰ и в моче 1,9‰.

1. Какова причина смерти?

2. Определить давность наступления смерти?

3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений?

4. Механизм и давность возникновения повреждений?

5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения?

Задача № 2

Труп гр-на И., 18 лет, был обнаружен дома на кухне, на полу, лежащим на спине 02.03.13г. в 20 часов, без признаков насильственной смерти. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц. Трупные пятна багрово-синюшные, разлитые, насыщенные, расположены на задней поверхности тела, при дозированном давлении не исчезают, окраски не меняют, внутрипеченочная температура 19°С. Феномен идиомускулярной опухоли – на месте удара образуется вмятина. В голосовой щели обнаружено инородное тело (в виде куска мяса 3х5х3 см). Жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах, полнокровие внутренних органов, мелкоточечные кровоизлияния под висцеральную плевру, эпикард.

При судебно-химическом исследовании - концентрация этанола в крови 2,5‰ и в моче 1,1‰.

1. Какова причина смерти?

2. Определить давность наступления смерти?

3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений?

4. Механизм и давность возникновения?

5.Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения?

Задача № 3

Труп неизвестного мужчины на вид около 30-35 лет был обнаружен на берегу реки Чу 21.06.12г в 17 часов... Стойкая мелко пузырчатая пена вокруг отверстий носа и рта, сглаживание над- и под-ключичных ямок. Лицо одутловато, кожные покровы бледные, имеют вид «гусиной кожи». Трупные пятна розовато-красного цвета, при дозированном давлении не исчезают, окраски не меняют, расположены циркулярно. Трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, внутрипеченочная температура 13°С, что соответствует температуре воды. Феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется вмятина... В просвете трахеи и бронхов розовая мелкопузырчатая стойкая пена. Легкие увеличены в объёме с отпечатками ребер на поверхности, под плеврой расплывчатые кровоизлияния в виде пятен или полос. С поверхности разреза стекает большое количество водянистой жидкости, ткань тестоватой консистенции, масса превышает норму на 400-800 гр. В левой половине сердца кровь более жидкая, розово-

красная. Отек печени, желчного пузыря, гепатодуоденальной связки, висцеральная плевра несколько мутновата, повышенное содержание жидкости в брюшной и плевральных полостях.

При судебно-химическом исследовании концентрация этанола в крови 1,3‰, в моче 2,7‰.

1. Какова причина смерти?

2. Определить давность наступления смерти?

3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений?

4. Механизм и давность возникновения?

5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения?

Задача № 4

Труп гр-на К., 23 лет, был обнаружен в водоеме 13.07.10г в 15 часов. Кожные покровы бледные, «гусиная кожа». Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Трупные пятна красно-синюшного цвета, разлитые, интенсивные, расположены по всей поверхности тела, при дозированном давлении бледнеют и восстанавливает свой цвет через 10 сек. Феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется вмятина. Внутрипеченочная температура 23°С. Единичные мелкоточечные кровоизлияния в соединительно-тканные оболочки век. У отверстий рта и носа стойкая беловато-серая пена. Кожа ладоней, подошв слегка набухшая, беловатая, на концах пальцев сморщенная. В брюшной полости около 70 мл жидкости, легкие розовато-серые, увеличены в объеме, с отпечатками ребер на поверхности, в плевральной полости около 50 мл жидкости, под плеврой множественные овальные и полосовидные кровоизлияния светло- красного цвета, с нечеткими границами. Легкие тестоватой консистенции на ощупь, при надавливании с поверхности разрезов обильно стекает пенистая прозрачная жидкость, из сосудов жидкая темная кровь, вес легких 1350 гр. В полостях сердца жидкая кровь, правой половине кровь более темной окраски, чем в левой. В пазухе основной кости прозрачная жидкость в количестве 1,5 мл.

При судебно-химическом исследовании концентрация этанола в крови 1,8‰ и в моче 0,9‰.

1.Какова причина смерти?

2.Определить давность наступления смерти?

3.Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений?

4.Механизм и давность возникновения?

5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения?

Задача № 5

Труп гр-ки М., 27 лет, был обнаружен в водоеме 26.07.12г в 18 часов. Кожные покровы бледные, «гусиная кожа». Над- и под-ключичные ямки сглажены. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Трупные пятна розовато-красные, разлитые, интенсивные, на передней и боковой поверхностях, при дозированном давлении исчезают и восстанавливает свой цвет через 30 сек. Феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется валик 0,5-1,0 см. Внутрипеченочная температура 32°С. Мелкоточечные кровоизлияния в соединительно-тканные оболочки век. У отверстий рта и носа стойкая белая пена, кожа ладоней слегка набухшая. Легкие повышенной воздушности, вес не увеличен по сравнению с нормой, с разрезов стекает небольшое количество пенистой жидкости. В пазухе основной кости жидкость 6,0 мл. Кровоизлияния в мышцы шеи, груди и спины. Проба на воздушную эмболию положительная в левой половине сердца. При судебно-химическом исследовании этанол в крови и моче не обнаружен.

1. Какова причина смерти?

2. Определить давность наступления смерти?

3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений?

4. Механизм и давность возникновения?

5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 9. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ.

Эталон № 1.

1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-ки А., 37 лет, на переднебоковой поверхности шеи слева шести кровоподтеков округлой и овальной формы,

синюшно-багрового цвета, от 0,5х1,0см до 2,0х3,5 см и на переднебоковой поверхности шеи справа пяти кровоподтеков, аналогичных по свойствам. Конструкционных переломов больших рожков подъязычной кости с обширными кровоизлияниями в окружающие мягкие ткани, дает основание считать, что причиной смерти является механическая асфиксия- удавление руками. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков асфиксической смерти: темная жидкая кровь в сердце и крупных венозных сосудах, переполнение кровью правой половины сердца, субплевральные и субэпикардиальные кровоизлияния.

2. Учитывая что, трупное окоченение умеренно выражено в жевательных мышцах, и мышцах в верхних конечностей, слабо выражено в нижних конечностях, трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливают цвет через 12 секунд, внутрипеченочная температура 35,5°. Феномен идиомускулярной опухоли - быстро появляется плотный тяж высотой 1,5-2,0 см, смерть могла наступить в пределах 2,0-5,0 часов на момент осмотра трупа на месте обнаружения.

3.4. Повреждений не обнаружено.

5. Концентрация этанола в крови 2,5 промилле и в моче 1,8 промилле, что соответствует сильной степени опьянения3 у живых лиц.

Эталон № 2.

1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-на И., 18 лет, у входа в гортань инородного тела (в виде куска мяса 3х5х3 см), частично закрывающего просвет, в совокупности с признаками асфиктической смерти: жидкая, темная кровь в полостях сердца и крупных сосудах, полнокровие внутренних органов, мелкоточечные кровоизлияниями под висцеральную плевру, эпикард дает основание считать, что причиной смерти является закрытие дыхательных путей инородным телом (механическая обтурационная асфиксия).

2. Учитывая что, трупное окоченение выражено во всех группах мышц. Трупные пятна при дозированном давлении не исчезают, окраски не меняют, внутрипеченочная температура 19°С, феномен идиомускулярной опухоли – на месте удара образуется вмятина, смерть могла наступить в пределах 18,5-21,5 час на момент осмотра трупа.

3.4. Повреждений не обнаружено.

5. Концентрация этанола в крови 2,5‰ и в моче 1,1‰, что соответствует сильной степени опьянения у живых лиц.

Эталон № 3.

1. Совокупность признаков, обнаруженных при экспертизе трупа неизвестного мужчины, 30-35 лет, а именно стойкой мелко пузырчатой пены вокруг отверстий носа и рта, в просвете дыхательных путей, увеличение объема легких, отек стенки и ложа желчного пузыря, повышенное содержание жидкости в брюшной и плевральных полостях, признаки разжижения крови в левой половине сердца, пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа, сглаживание над- и подключичных ямок, дает основание утверждать, что причиной смерти является механическая асфиксия вследствие утопления в воде (аспирационны тип утопления).

2. Учитывая, что трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц, трупные пятна розовато-красные цвета, при дозированном давление не исчезают, окраски не меняют, внутрипеченочная температура 13°С, температура воды 13°С. Феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется вмятина. Кожа на кистях рук и стоп морщинистая, белая «рука прачки», смерть могла наступить в пределах 3-4 суток на момент осмотра трупа на месте обнаружения.

3.4. Повреждений не обнаружено.

5. Концентрация этанола в крови 1,3‰, в моче 2,7‰, что соответствует легкой степени опьянения у живых лиц.

Эталон № 4.

1. Совокупность признаков обнаруженных при экспертизе трупа гр-на К., 23 лет, а именно: наличие у отверстий рта и носа, в просвете дыхательных путей стойкой беловато-серой пены, пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа, гипергидрия легких. Признаки разведения крови в левых отделах сердца, жидкость в пазухе основной кости, дает основание утверждать, что причиной смерти является механическая асфиксия вследствие утопления в воде (аспирационный тип). Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков асфиксической смерти: единичные мелкоточечные кровоизлияния в соединительно-тканные оболочки век.

2. Учитывая, что трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц, трупные пятна при дозированном давлении бледнеют и восстанавливает свою окраску через 10 сек, Феномен идиомускулярной

опухоли - на месте удара образуется вмятина, внутрипеченочная температура 23°С, кожа ладоней, подошв слегка набухшая, беловатая, на концах пальцев сморщенная, смерть могла наступить в пределах 20-24 часов, на момент осмотра трупа.

3.4.Повреждений не обнаружено.

5. Концентрация этанола в крови 1,8‰ и в моче 0,9‰, что соответствует средней степени опьянения у живых лиц.

Эталон № 5.

1. Совокупность признаков обнаруженных при экспертизе трупа гр-ки М., 27 лет, а именно: над- и под-ключичные ямки сглажены, у отверстий рта, носа и в просвете дыхательных путей стойкая белая пена, гипераэрия легких, в пазухе основной кости жидкость 6,0 мл, кровоизлияния в мышцы шеи, груди и спины. Воздушная эмболия левого сердца, дает основание считать, что причиной смерти является механическая асфиксия вследствие утопления в воде (асфиктический тип). Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков асфиктической смерти: мелкоточечные кровоизлияния в соединительно- тканные оболочки век.

2. Учитывая, что трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц, трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливают свою окраску через 30 сек, феномен идиомускулярной опухоли - на месте удара образуется валик 0,5-1,0 см., внутрипеченочная температура 32°С, кожа ладоней слегка набухшая, смерть могла наступить в пределах 5,5-8,5 часов на момент осмотра трупа.

3.4. Повреждений не обнаружено.

5. Этанола в крови не обнаружено.

ТЕМА № 10. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ; СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕЙСТВИЯ КРАЙНИХ ТЕМПЕРАТУР И ЭЛЕКТРИЧЕСТВА.

Задача № 1

Труп гр-на Н., 46 лет, обнаружен 24.04.11г. в 10:00час., дома (на кровати); известно, что жаловался на боли в области груди, за медицинской помощью не обращался. В затылочной области справа овальный кровоподтек 2,5х3,0см, багрово-синюшного цвета. Трупное окоченение выражено во всех

группах мышц, трупные пятна багрово-синюшные, разлитые, расположены на задней поверхности тела, три дозированном надавливании исчезают и восстанавливают цвет через 8секунд, внутрипеченочная температура 36°С, мышцы при механическом раздражении: быстро появляется плотных тяж 71 высотой 1,6-2,0см… В крупных сосудах жидкая темная кровь с единичными сгустками вишневого цвета, выраженное полнокровие внутренних органов, точечные кровоизлияния под висцеральную плевру, эпикард. Легкие резко плотные на ощупь, с поверхности темно-красные, увеличены, на разрезе пестрые, светло-розовые и красно-коричневые, при надавливании с поверхности разрезов стекает обильное количество серо-желтой жидкости, из сосудов красная кровь.

Гистологически: неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов; в легких дистелектазы, резкое полнокровие, стазы крови, сладж эритроцитов, в просвете альвеол скопления сегментоядерных лейкоцитов в большом количестве, в нескольких альвеолах, кроме клеток белой крови определяются неизмененные эритроциты; плевра без наложений. При судебно-биохимическом исследовании концентрация в крови мочевины – 55,13 ммоль/л, креатинина – 0,35 ммоль/л.

1. Какова причина смерти?

2. Определить давность наступления смерти.

3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений.

4. Механизм и давность возникновения.

5. Тяжесть причиненного вреда здоровью.

Задача № 2

Гр-ка Р., 65лет, обнаружена дома (на тахте). Кожные покровы сухие, бледно-серого цвета, холодные на ощупь. На наружной поверхности правого плеча кровоподтек сине-фиолетового цвета 2х3см. Феномен идиомускулярной опухоли - плотный тяж высотой 1,1-1,5см; внутрипеченочная температура-38°С; трупное окоченение отсутствует во всех группах мышц; трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 18 сек. Отмечается полужидкое состояние крови с белесовато-желтоватыми свертками, слабое кровенаполнение внутренних органов; почки дряблые, уменьшены в размере, фиброзная капсула почки белесоватого цвета, утолщенная, снимается с трудом, обнажая неровную мелкозернистую

поверхность с разрастанием ткани светло-серого цвета, с участками западения буро-коричневого цвета; в мочевом пузыре около 350мл красной, полупрозрачной мочи.

Гистологически: диффузный фибропластический (склерозирующий) гломерулонефрит с развитием хронической почечной недостаточности - склероз и гиалиноз практически всех клубочков, спайки между капиллярными петлями в клубочках, канальцевый эпителий атрофичный, просветы канальцев резко расширены, многие извитые канальцы выполнены эозинофильными пенистыми массами, склероз стромы коркового и мозгового слоев с субатрофией паренхимы, дистрофически-дегенеративные изменения внутренних органов, отек легких и головного мозга.

1. Какова причина смерти? При судебно-биохимическом исследовании крови концентрация мочевины – 31,88 ммоль/л, креатинина – 0,536 ммоль/л.

2. Определить давность наступления смерти.

3. Указать наличие, вид, характер и локализацию повреждений.

4. Механизм и давность возникновения.

5. Тяжесть причиненного вреда здоровью.

Задача №3

11.12.11г. обнаружен труп гр. С., 46 лет, доставлен из РКБ. На улице, лежал на правом боку, из одежды на нем майка и трусы, домашние тапочки. Повреждения: в лобной области справа 2 ссадины, подсохшие, буро-красного цвета, несколько западают, 1х0,3см и 1,5х0,2см. Отмечается ознобление кожных покровов по типу «гусиной» кожи, яички в паховом канале. При внутреннем исследовании сосуды в лоханках почек резко полнокровны, резко инъецированы; ярко-красная кровь в полостях сердца и крупных сосудах.

Гистологически: признаки спазма бронхов с формированием складок слизистой по типу «колосовидных структур», гиперсекреция слизи эпителием слизистой бронхов, отрицательный результат окраски срезов печени на гликоген, при биохимическом исследовании резкое снижение гликогена в печени. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови - 2,1‰, в моче – 2,3‰.

1. Определить причину смерти?

2. Определить давность наступления смерти?

3. Имеются ли телесные повреждения, если да – их вид, характер, локализация?

4. Какой механизм образования, давность возникновения тяжесть причиненного вреда здоровью человека, отношение к причине смерти?

5. Употреблял ли алкоголь незадолго до наступления смерти, если да, определить степень опьянения и отношение к причине смерти?

Задача № 4

01.11.11г. доставлен из ГКБ - 5 труп гр. М., 1942г.р., из представленой истории болезни - состояние при поступлении тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена ожоговым шоком, легкой степени на фоне термических ожогов пламене 2-3 ст, площадью 15%. Травма бытовая. кожные покровы бледные, температура тела 36,7°С. Спонтанная вентиляция через естественные дыхательные пути свободная ЧД 20 в минуту. Аускультативно дыхание проводится по всем полям, жесткое. АД 140/90 мм.рт.ст. Вечером 25.11.11г. состояние больной крайне тяжелое, в анамнезе сахарный диабет. В 00:30 минут остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия в полном объеме в течении 40 минут без должного эффекта, констатирована биологическая смерть. При наружном исследовании: на шее, грудной клетке, животе, плече, предплечье справа обнаружены ожоговые поверхности в виде участков с отсутствующим эпидермисом и обнажением подсохшей красновато-розоватой дермы с наложением светло- и темно-коричневых корочек (ожоги). Общая площадь ожоговых поверхностей около 15 % от площади тела. Нижняя доля правого и левого легкого плотноватые на ощупь, с поверхности синюшного и темно-вишневого цвета, на разрезе вишневого цвета с сероватым оттенком.

В гистологическом исследовании: полиорганная недостаточность (сердечно-сосудистая, легочная, церебральная, почечная, гепаторенальная недостаточность); выраженные дистрофические и некробиотические изменения внутренних органов. Отек легких и головного мозга.

1. Какова причина смерти?

2. Давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе повреждения, какова тяжесть причиненного вреда здоровью?

4. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь?

Задача № 5

На садовом участке обнаружен труп гр-ки Т., 45 лет. Известно, что поливала цветы, используя электронасос. Трупные пятна багрово-синюшные, при надавливании восстанавливаются через 12 сек. Идиомускулярная опухоль в виде плотного тяжа высотой 2,0см; трупное окоченение выражено в мышцах нижней челюсти, температура печени 37°С. На передней поверхности правого бедра повреждение ткани (в виде термического ожога), резко ограниченное от окружающей ткани, без пузырей, дно серовато- коричневое, с валикообразными краями, волосы спиралевидно скручены, обуглены.

Гистологическом: в роговом слое гнездное расположение частиц черного цвета, в шиповатом слое сотообразные пустоты, расположенные параллельно поверхности кожи, клетки вытянуты в виде «щеток»… жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах, полнокровие внутренних органов, множественные кровоизлияния под эпикардом и висцеральной плеврой легких. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт в крови - 0,3‰, в моче - 1,5‰.

1. Установить причину смерти.

2. Давность наступления смерти.

3. Определить наличие телесных повреждений, указать вид, характер и локализацию повреждений.

4. Тяжесть причиненного вреда здоровью.

5. Принимал ли потерпевший незадолго до смерти алкоголь?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 10. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ; СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕЙСТВИЯ КРАЙНИХ ТЕМПЕРАТУР И ЭЛЕКТРИЧЕСТВА.

Эталон № 1.

1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-на Н., 46лет, изменения со стороны легких в виде увеличения их объема, изменения цвета: легкие резко уплотненны, с поверхности темно-красные, на разрезах пестрые, светло-красно-коричневые, с обильным количеством серо-желтой жидкости на разрезах, гистологически в легких дистелектазы, резкое полнокровие, стазы

крови, сладж эритроцитов, в просвете альвеол скопления сегментоядерных лейкоцитов в большом количестве, в нескольких альвеолах, кроме клеток белой крови определяются неизмененные эритроциты, а так же признаки быстро наступившей смерти: неравномерное кровенаполнение судов микроциркуляции в почках и в легких; венозное полнокровие внутренних органов, повышение сосудистой проницаемости с мелкими кровоизлияниями под висцеральную плевру, эпикард, дает основание считать, что смерть наступила в результате двухсторонней фибринозно-гнойной пневмонии, осложнившийся инфекционно-токсическим шоком.

2. Трупные явления: температура печени 36°С, трупное окоченение выражено во всех группах мышц идиомускулярная опухоль определяется в виде валика высотой 1,6-2,0см., трупные пятна при дозированном надавливании исчезают, время восстановления 8сек., смерть могла наступить в пределах 1,5-4,5 часов на момент осмотра трупа.

3. Обнаружено повреждение – кровоподтек на лице, которое возникло от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой, высказаться о свойствах которого не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков.

4. Багрово-синюшного цвета кровоподтек, указывает на прижизненность, возник незадолго до наступления смерти, к причине смерти отношения не имеет.

5. Это повреждение – кровоподтек, не влечет за собой незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и не вызывает кратковременного расстройства здоровья и согласно медицинских критериев приказ МЗ, не расценивается как причинившее вред здоровью человека.

Эталон № 2.

1. Обнаружение при экспертизе трупа гр-ки Р., 65лет, болезненные изменения: почки дряблые, уменьшены в размерах, фиброзная капсула белесоватого цвета, утолщенная, снимается с трудом, обнажая неровную мелкозернистую поверхность с разрастанием ткани светло-серого цвета, диффузный фибропластический (склерозирующий) гломерулонефрит с развитием хронической почечной недостаточности - склероз и гиалиноз практически всех клубочков, спайки между капиллярными петлями в клубочках, канальцевый эпителий атрофичный, просветы канальцев резко расширены, многие извитые канальцы выполнены эозинофильными пенистыми массами, склероз стромы коркового и мозгового слоев с

субатрофией паренхимы, дает основание считать, что смерть наступила от заболевания - хронического диффузного фибропластического гломерулонефрита, осложнившаяся хронической почечной недостаточностью. Указанный вывод подтверждает следующие данные: уремия (31,88 ммоль/л, креатинина – 0,536 ммоль/л; при норме мочевины-2,5-8,38 ммоль/л, креатинина-0,15-0,22 ммоль/л), макрогематурия, выраженные дистрофически-дегенеративные.

2. Трупные явления: феномен идиомускулярной опухоли - плотный тяж высотой 1,1-1,5см; внутрипеченочная температура-36°С; трупное изменения внутренних органов, серость и сухость кожных покровов, отек легких и головного мозга. 75 окоченение отсутствует во всех группах мышц; трупные пятна при дозированном давлении исчезают и восстанавливаются через 18сек., смерть наступила в пределах 3-6 часов на момент осмотра трупа.

3. При исследовании трупа обнаружен кровоподтек, это повреждение возникло от воздействия твердого тупого предмета.

4. Сине-фиолетовый цвет кровоподтека указывает, что он возник прижизненно, от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой (таковые), незадолго до наступления смерти, давность возникновения кровоподтека может составлять около 1 суток.

5. Это повреждение – кровоподтек не повлек за собой незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, не вызвал кратковременного расстройства здоровья, согласно приказа МЗ, не расценивается как вред здоровью человека.

Эталон № 3.

1. Причиной смерти явилось общее переохлаждение организма, что подтверждается макроскопическим, гистологическим и биохимическим исследованиями: ознобление кожных покровов по типу «гусиной» кожи, отрицательный результат окраски срезов печени на гликоген, признаки спазма бронхов с формированием складок слизистой по типу «колосовидных структур», гиперсекреция слизи эпителием слизистой бронхов, резкое снижение гликогена в печени; яички в паховом канале (признак Пупарева); сосуды в лоханках почек резко полнокровны, резко инъецированы; ярко-красная кровь в полостях сердца и крупных сосудах; выраженный отек головного мозга.

2. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены 2 ссадины в лобной области справа, данные повреждения являются прижизненными, возникли от воздействия твердого тупого предмета (предметов) с ограниченной контактирующей поверхностью или при ударе о таковой (таковые), в причинно-следственной связи с наступлением смерти не состоят и согласно приказа МЗ, не расцениваются как вред здоровью человека. При медицинском исследовании трупа каких-либо других повреждений не обнаружено.

3. До наступления смерти потерпевший принимал этиловый алкоголь, что подтверждается обнаружением при судебно-химическом исследовании этилового спирта в крови в количестве 2,1‰, в моче – 2,3‰. Данная концентрация этилового алкоголя в крови соответствует СРЕДНЕЙ степени алкогольного опьянения по аналогии с живыми лицами, в стадии выведения.

Эталон № 4.

1. Смерть наступила в результате термических ожогов лица, шеи, грудной клетки, живота, плеч, предплечья справа II-IIA-IIIB степени, общей площадью 15 % поверхности тела, осложнившегося ожоговой болезнью в стадии септикотоксемии, сопровождавшегося развитием эндотоксикоза 2-3 степени, двусторонней вентиляторасоциированной пневмонией (клинически), синдромом полиорганной недостаточности (сердечно-сосудистая, почечной, легочная, церебральная, гепаторенальная недостаточность); выраженными дистрофическими и некробиотическими изменениями внутренних органов; отеком легких и головного мозга. Данное заключение подтверждается макроскопическим, биохимическим, гистологическим и клиническим методами исследования.

2. Согласно данным истории болезни смерть констатирована 25.11.11г. в 00:30мин.

3. Обнаруженные при медицинском исследовании повреждения в виде термических ожогов лица, шеи, грудной клетки, живота, плеч, предплечья справа II-IIA-IIIB степени, общей площадью 15 % поверхности тела, являются прижизненными, от воздействия горячего предмета (пламенем – согласно данным истории болезни), согласно приказу МЗ, отнесены к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека. По указанному признаку, согласно правилам «Определения тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (постановление правительства) термические ожоги, шеи, грудной клетки,

живота, плечей, предплечья справа II-IIA-IIIB степени, общей площадью 15 % поверхности тела, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью.

4. Согласно истории болезни, данных за наличие этилового алкоголя в крови на момент поступления в стационар – нет.

Эталон № 5.

1. Обнаруженное при экспертизе трупа гр-на Т., 45лет, на передней поверхности правого бедра повреждение кожи в виде термического ожога, резко ограниченное от окружающей ткани, без пузырей, с серовато-коричневым дном, с валикообразными краями, наличие спиралевидно скрученных, обугленных волос, гистологическом: в роговом слое гнездное расположение частиц черного цвета, в шиповатом слое сотообразные пустоты, расположенные параллельно поверхности кожи, клетки вытянуты в виде «щеток», дает основание утверждать, смерть наступила вследствие поражения техническим электричеством. Указанный вывод подтверждается наличием признаков асфиксической смерти…

2. Особенности трупных явлений: идиомускулярная опухоль в виде плотного тяжа высотой 2,0см; трупное окоченение выражено в мышцах нижней челюсти, трупные пятна восстанавливаются через 12сек. температура печени 37˚; смерть наступила за 1-3 часа до осмотра трупа на момент обнаружения.

3. При экспертизе трупа обнаружено телесное повреждение в виде электрометки на передней поверхности правого бедра, которое образовалось при воздействии технического электричества при непосредственном контакте с токонесущим проводником, согласно приказу МЗ отнесена к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда, опасного для жизни человека, квалифицируется как ТЯЖКИЙ вред здоровью и находятся в прямой причинной связи со смертью.

4. При судебно-химическом исследовании обнаружен этиловый спирт: в крови – 0,3‰, в моче – 1,5‰. Такая концентрация алкоголя в крови у живых лиц имеет незначительную степень влияния на организм.

ТЕМА № 11. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА.

Задача №1

Девочку А., 14 лет. 24.05.15г. сбила грузовая автомашина. Упала, почувствовала резкую боль в правой руке. Через 25 минут доставлена в

больницу. Из истории болезни известно, что А. поступила в хирургическое отделение 24.05.15г. в удовлетворительном состоянии, в сознании. Пульс 90 в минуту, ритмичный. АД 110/90 мм. рт. ст. Верхняя треть правого плеча отечная, болезненна при ощупывании. На рентгенограмме правого плеча определяется закрытый косой перелом плечевой кости без смещения отломков. Плечо фиксировано повязкой с шиной Крамера. В течение последующего месяца общее состояние удовлетворительное. На рентгенограмме от 24.07.15г. в месте перелома отмечается образование мозоли. Клинический диагноз: закрытый косой перелом диафиза правой плечевой кости.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений?

2. Установить механизм возникновения повреждения?

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений?

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

Задача № 2

Дома 12.10.10г. в семейной ссоре пьяный муж ударил молотком г-ку З., 40 лет. Она почувствовала резкую боль в области правой ключицы и обратилась в травмпункт. В справке из травмпункта указано, что 12.10.10г. при осмотре З. обнаружен закрытый перелом правой ключицы в средней трети, произведена фиксация отломков с помощью колец. При освидетельствовании 14.10.10г.: в области средней трети правой ключицы – припухлость мягких тканей и багрово-синий кровоподтек, 9х5см. На рентгенограмме от 14.10.10г. обнаружен косо-поперечный перелом правой ключицы с правильным стоянием отломков.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждения.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Задача № 3

Вечером 22.02.12г. на кухне в бытовой ссоре соседка нанесла удары кулаками г-ке С., 17 лет. При освидетельствовании: в области правой скуловой дуги темно-синий округлый кровоподтек диаметром 3см. Верхняя

губа припухшая, на ее слизистой в центре овальный темно-красный кровоподтек, 4х2см, и линейная поверхностная рана длиной 0,9см с гладкими белесоватыми краями и чистым белесоватым дном.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений?

2. Установить механизм возникновения повреждения?

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений?

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

Задача № 4

На работе в ссоре 05.02.12г. Иванов С., 16 лет, ударил металлической деталью по руке подростка С., 14 лет. Потерпевший сразу доставлен в больницу. При освидетельствовании 22.02.12г.: ногтевая фаланга пятого пальца левой кисти отсутствует. Культя хорошо оформлена, на ней линейный розовато-синюшный рубец 2см. Жалобы на неприятные ощущения при надавливании на культю. Из истории болезни известно, что С. поступил в больницу 5 февраля 2012г. Мягкие ткани ногтевой фаланги 5 пальца левой кисти был размозжены, кость раздроблена. Произведена ампутация поврежденной фаланги во 2 межфаланговом суставе. Послеоперационный период протекал без осложнений и 22.02.12г. выписан домой.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений?

2. Установить механизм возникновения повреждения?

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений?

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

Задача № 5.

В маршрутном такси 09.06.06г. пьяный мужчина ткнул кулаком в грудь несовершеннолетней У., 15 лет. При освидетельствовании 09.06.06г.: на грудной клетке справа по среднеключичной линии на уровне 6-8 ребер овальный, темно-синий кровоподтек, 8х7см. При ощупывании 6 и 7 ребер справа – жалобы на локальную болезненность в области кровоподтека. На рентгенограммах грудной клетки от 10.06.06г. определяется поперечный перелом с небольшим смещением отломков 7 ребра справа по среднеключичной линии.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений?

2. Установить механизм возникновения повреждения?

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений?

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 11. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА.

Эталон № 1.

1. Повреждение у девочки А. носят характер закрытого косого перелома диафиза плечевой кости справа.

2. Повреждения возникли от действия твердого тупого предмета (предметов) с ограниченной воздействующей поверхностью, высказаться о свойствах которого не представляется возможным в связи с отсутствием специфических признаков.

3. В силу того, что на момент обращения, в документах не представлено наличие (отсутствие) признаков кровоподтека (ушиба) мягких тканей плеча, решить вопрос не представляется возможным.

4. Это повреждение, согласно медицинским критериям, относится к тяжкому вреду, причиненному здоровью человека.

Эталон № 2.

1. Повреждение у гр-ки З., носят характер закрытого перелома правой ключицы и кровоподтека на уровне перелома.

2. Повреждения возникли от действия твердого тупого предмета (предметов) с ограниченной воздействующей поверхностью, высказаться о свойствах которого не представляется возможным в связи с отсутствием специфических признаков.

3. Учитывая, что кровоподтек имеет багрово-синий цвет, давность возникновения в пределах 1-3 суток к моменту обращения.

4. Это повреждение повлекло за собой длительное расстройство здоровья (медицинские критерии) и расценивается как повреждение, причинившее средней тяжести вред здоровью человека.

Эталон № 3.

1. У гр-ки С. имели место повреждения в виде кровоподтеков правой скуловой области, осаднение слизистой оболочки верхней губы с наличием поверхностной раны.

2. Эти повреждения возникли от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого не представляется возможным в связи с отсутствием специфических признаков.

3. Учитывая цвет кровоподтека и состояние повреждения слизистой оболочки, они возникли незадолго до освидетельствования 1-3 суток, что не противоречит обстоятельствам дела.

4. Эти повреждения не повлекли за собой кратковременного расстройства здоровья и незначительной стойкой утраты общей трудоспособности и как вред здоровью не расцениваются (не являются вредом здоровью).

Эталон № 4.

1. Повреждение носило характер травматической ампутации ногтевой фаланги 5 пальца левой кисти.

2. Учитывая, что на момент обращения мягкие ткани размозжены, кость раздроблена, есть основание считать, что имело место действие тупогранного предмета, более детально высказаться не представляется возможным.

3. Учитывая, что на момент обращения не описано наличие (отсутствие) признаков воспаления или признаков кровотечения из поврежденных тканей, решить вопрос по представленным медицинским документам о давности причинения повреждения, не представляется возможным.

4. Это повреждение – травматическая ампутация ногтевой фаланги 5 пальца, согласно таблице процентов утраты общей трудоспособности, приложению к медицинским критериям – составляет 5 % и в связи с этим является легким вредом, причиненным здоровью человека.

Эталон № 5.

1. Повреждение у гр.Н. носят характер перелома 7 ребра справа и кровоподтека на уровне перелома.

2. Повреждения возникли от действия твердого тупого предмета (предметов) с ограниченной воздействующей поверхностью, высказаться о свойствах которого не представляется возможным в связи с отсутствием специфических признаков.

3. Учитывая, что кровоподтек имеет темно-синий цвет, давность возникновения в пределах 1-3 суток к моменту обращения.

4. Это повреждение повлекло за собой кратковременное расстройство здоровья (медицинские критерии) и расценивается как повреждение, причинившее легкий вред здоровью человека.

ТЕМА № 12. АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ.

Задача №1

Г-ну К., 16 лет, 04.02.02г. в ссоре был нанесен удар ножом в шею. Машиной скорой помощи доставлен в больницу.

Из истории болезни известно, что г-н К. поступил 04.02.02г. с жалобами на резкую боль в области шеи слева. На передней поверхности шеи слева на 1,5см кнаружи от средней линии, на 0,5см книзу от нижнего края щитовидного хряща гортани горизонтально расположенная рана с острыми концами, ровными краями, длиной 2,5см. На передней стенке трахеи рана 1,2см без повреждения хрящевых колец. Через рану при дыхании проходит воздух. Произведена ревизия и хирургическая обработка раны. Сосуды и нервы не повреждены. Наложены швы на трахею и кожу шеи и выставлен диагноз: ножевое ранение шеи, проникающее в трахею.

При освидетельствовании в стационаре 11.02.02г. жалоб не предъявляет. На шее спереди слева на 0,5см книзу от нижнего края щитовидного хряща и 1,5см кнаружи от средней линии шеи горизонтальная рана с 3-мя шелковыми швами. Длина раны 2,5см. Края раны плотно соприкасаются, чистые. Больной продолжает находится на стационарном лечении.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждений.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Задача № 2

Г-ну С., 28 лет, неизвестным лицом 11.02.02г. бритвой нанесено ранение левой щеки; доставлен в больницу.

Из истории болезни известно, что г-н С., поступил 11.02.02г. по поводу ранения левой щеки: на лице слева линейная рана с ровными краями,

острыми концами, длиной 8,5см. Рана начинается на 1,5см книзу от середины нижнего края глазницы и заканчивается в 1,5см от заднего края ветви нижней челюсти. Рана зияет, кровоточит: имеется пересечение ветви нервного пучка лицевого нерва, лицевой и нижнечелюстной артерий, пучков поверхностных мышц лица. Сосуды и нервы сшиты, наложены швы на мышцы, кожу. Рана зажила первичным натяжением. 25.02.02г. выписан на амбулаторное лечение с диагнозом: резаная рана мягких тканей лица слева.

При освидетельствовании 27.02.02г. на лице слева линейный рубец длиной 8,5см, начинающийся на 1,5см от заднего края ветви нижней челюсти, тонкий, мягкий, подвижный, синевато-розового цвета. Рот перекошен вправо, открывание рта ограничено – возможно только на ширину до 2,5см. Чувствительность левой половины лица снижена. Жалобы на боли при жевании.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений?

2. Установить механизм возникновения повреждений?

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений?

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

5. Является ли повреждение изгладимым?

Задача № 3

Несовершеннолетнего К., 16 лет, во время уличной драки 12.10.с.г. ударили по правой ноге металлической трубкой. Доставлен машиной скорой помощи в больницу.

Из истории болезни известно, что больной К. при поступлении жаловался на боли в правой голени, состояние удовлетворительное. Пульс 84 уд. в минуту. А.Д. 130/85 мм.рт.ст. На наружной поверхности правой голени в средней трети рана 2х1,5см с неровными краями, из раны выстоит костный фрагмент. Двигательных и чувствительных нарушений нет. На рентгенограмме правой голени определяется косо-поперечный перелом малоберцовой кости в средней трети со смещением отломков на диаметр кости. Под наркозом проведена первичная хирургическая обработка раны правой голени, открытая репозиция перелома малоберцовой кости. В последующем в течение одного месяца осуществлялась иммобилизация гипсовой повязкой.

Диагноз: открытый косо-поперечный перелом правой малоберцовой кости со смещением отломков.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений?

2. Установить механизм возникновения повреждений?

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений?

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

Задача № 4

Г-ну Л., 23 лет. 06.06.06г. ножом нанесено ранение в живот. Доставлен в больницу сразу же.

Из истории болезни известно: что Л. в сознании. Пульс 80 в минуту. А.Д. 110/60 мм.рт.ст. Живот вздут, а акте дыхания не участвует. В верхней половине живота на 2см выше и на 3см вправо от пупка – веретенообразная рана длиной 3см, с ровными краями, острыми концами. При рентгенографии брюшной полости в боковых отделах и в подпеченочном пространстве свободный газ. Скопления жидкости нет. Произведена операция - лапаротомия. При ревизии брюшной полости повреждений органов не обнаружено. Рана проникает только до сальника, с повреждением его на длину 1см. Рана сальника ушита. Брюшная полость послойно зашита наглухо. Заживление первичным натяжением. Выписан из стационара 12.06.с.г. с освобождением от работы на 15 дней.

Диагноз: проникающее ножевое ранение живота без повреждения внутренних органов.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений?

2. Установить механизм возникновения повреждений?

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений?

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

Задача № 5

Во время драки 24.04.04г. гр-ну В. 25 лет, нанесли удар ножом в руку. Машиной скорой помощи доставлен в травматологию. На наружной поверхности левого плеча в средней трети линейная рана длиной 6 см, глубиной до 1 см, умеренно кровоточащая. Края раны ровные, неосадненные с остроугольными концами. Проведена хирургическая обработка, наложено 6 швов. При освидетельствовании 04.05.04г.: на наружной поверхности средней трети левого плеча линейный рубец, длиной 6 см с ровными краями

и следами от снятых швов. Направление рубца сверху вниз и несколько сзади наперед.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждений.

3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 12. АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ.

Эталон № 1.

1. Повреждение носило характер раны мягких тканей шеи с повреждением гортани.

2. Возникло от действия колюще-режущего орудия (предмета) с шириной клинка на уровне погружении в пределах 2,5 см, имеющего обоюдоострое лезвие. Решить вопрос о длине клинка не представляется возможным в силу отсутствия описания длины раневого канала в мягких тканях.

3. В медицинских документах отсутствует описание наличия (отсутствие) признаков воспаления в области раны, степень кровотечения и в связи с указанным этот вопрос может быть решен следственным путем.

4. Согласно медицинским критериям МЗ, рана, проникающая в просвет гортани является опасным вредом, причиненным здоровью человека и по этому признаку является тяжким вредом, причиненным здоровью человека.

Эталон № 2.

1. Повреждение у гр-ки С., 28 лет, носило характер раны мягких тканей лица, идущей в направлении сверху вниз и косо снаружи внутрь с повреждением как мышц, так и лицевого нерва.

2. Преобладание длины раны над глубиной, острые концы дает основание считать, что повреждение причинено режущим орудием предмета.

3. На момент поступления рана кровоточит, признаки воспаления отсутствуют, что дает основание считать о недавнем происхождении повреждения (в пределах 1-3 часов).

4. Рана лица потребовала лечение на срок свыше 6, но менее 21 дня и по этому признаку относится к легкому вреду, причиненному здоровью человека.

5. Повреждение является неизгладимым.

Эталон № 3.

1. Повреждение носило характер открытого перелома правой малоберцовой кости.

2. Отсутствие в медицинском документе информации о наличии (отсутствии) повреждений мягких тканей на уровне перелома не позволяет решить вопрос о свойствах орудия (предмета).

3. На момент обращения отсутствует описание состояния раны (кровоточивости, признаков воспаления), что исключает возможность решения вопроса о давности причинения повреждения.

4. Это повреждение не является опасным вредом здоровью человека, но требует лечения на срок свыше 21 дня, что дает основание отнести его к менее тяжкому вреду здоровья.

Эталон № 4.

1. Повреждение носило характер проникающего ранения живота без повреждения внутренних органов.

2. Особенности раны – ровные края, остроугольные концы при длине раны – 3см, дает основание утверждать, что рана причинена колюще-режущим орудием (предметом) с обоюдоострым лезвием и шириной клинка на уровне погружения в пределах 3 см.

3. В связи с отсутствием в описании раны информации о наличии (отсутствии) признаков воспаления, кровотечения, решить вопрос о давности возникновения не представляется возможным.

4. Согласно медицинских критериев МЗ, рана живота, проникающая в брюшную полость, в т.ч. без повреждения внутренних органов, является опасным вредом, причиненным здоровью человека и по этому признаку относится к тяжкому вреду, причиненному здоровью человека.

Эталон № 5.

1. Повреждение носило характер раны мягких тканей левого плеча в средней трети.

2. Наличие ровных не осадненных краев и преобладание длины над глубиной, дает основание считать, что повреждение причинено режущим орудием (предметом).

3. Умеренная кровоточивость раны, дает основание считать, что возникла она незадолго до обращения.

4. На эту рану наложено 6 швов, что дает основание считать – потребовалось лечение на срок более 7 дней. В связи с указанным, расценивается как повреждение, причинившее легкий вред здоровью человека.

ТЕМА № 13. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СЛУЧАЯХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПРОТИВ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ И ПОЛОВОЙ СВОБОДЫ ЛИЧНОСТИ.

Задача № 1

Из постановления известно, что 14.07.07г. в 2 часа вблизи училища гр-н Д., угрожая, хватал руками за шею, совершил насильственный половой акт с 17 летней У. Пояснила, что 14.07.с.г. в 23 часа шла домой, в подъезде встретила гр-на Д., он ее ударил по лицу, затащил в какой-то туннель, там разделся, снял шорты, повалил на пол и совершил один половой акт. Сознание не теряла. За медицинской помощью не обращалась. Дома подмывалась. Спецанамнез. Менструация с 13 лет, по 6-7 дней, через 18 дней, последняя - 22 июня. Половой жизнью не жила. На передневнутренней поверхности правого бедра два фиолетово-желтых кровоподтека, расположенных на одном уровне на расстоянии 7 см один от другого, размерами 0,8х0,5 и 0,6х0,4 см; на внутренней поверхности левого бедра в нижней трети желто-зеленый кровоподтек 0,5х0,6 см. В области левой щеки округлый кровоподтек 4х1,5 см бледно-синего цвета. Повреждений в области шеи нет. Вторичные половые признаки выражены хорошо, наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева высотой 0,2-0,5 см, край ее тонкий, бледно-розового цвета, легко растяжимый. На 5-7 часах циферблата часов, выемки, не доходящие до основания, с кровоточащими, не заходящими друг за друга краями. Отверстие девственной плевы пропускает 2 пальца руки эксперта. Кольцо сокращения отсутствует.

При судебно-биологическом исследовании на марлевом тампоне с влагалищным содержимым гр-ки У. сперма не обнаружена. (Акт №… от 24.07.07г.).

При консультации дермато-венеролога – венерических заболеваний не выявлено.

1. Имел ли место половой акт?

2. Есть ли признаки вен. заболеваний?

3. Нарушена ли целостность девственной плевы?

4. Имеются ли телесные повреждения, если да – вид, характер, локализация, механизм образования, давность возникновения?

5. Определить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Задача № 2

Из постановления известно, что 26.05.05г. неизвестным лицом была изнасилована несовершеннолетняя С., 14 лет. Пояснила, что 14.05.05г. около 22 часов шла от подруги, около школы стоял незнакомый парень, схватил за руку и потащил в подвал, несколько раз ударил по лицу. Там снял брюки, посадил на стол и совершил половой акт во влагалище; было больно, была кровь. Спецанамнез. Менструация началась в марте, 3-4 дня, последний раз была 14.05.05г. До изнасилования половой жизнью не жила. Жалобы на боли в животе. При осмотре (27.05.05г.): состояние удовлетворительное, кожа телесного цвета. На верхнем веке левого глаза кровоподтек багрового-синего цвета 0,6х0,7 см. Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые, видимые слизистые преддверия влагалища, ладьевидной ямки малых половых губ бледно-розовые, гладкие, блестящие. Девственная плева кольцевидной формы, высокая до 0,5-0,6см, эластичная, легко растяжимая, свободно пропускает 2 поперечных пальца руки эксперта. Кольцо сокращения слабо намечено.

При судебно-биологическом исследовании на марлевом тампоне с влагалищным содержимым гр-ки С. сперма не обнаружена.

Согласно консультации дермато-венеролога – венерических заболеваний не выявлено.

1. Имел ли место половой акт?

2. Есть ли признаки венерического заболевания?

3. Нарушена ли целостность девственной плевы?

4. Имеются ли телесные повреждения, если да – вид, характер, локализация, механизм образования, давность возникновения, определить тяжесть причиненного вреда здоровью человека?

Задача № 3

Из постановления известно, что: «05.05.05г. около 1 часа гр-ку Б., 17 лет, изнасиловал неизвестный мужчина. Пояснила, что ночью 05.05.05г. села в машину к незнакомому мужчине. Он увёз ее за город, затащил на какую-то дачу и изнасиловал. Спецанамнез. Менструация с 11 лет, по 7 дней, через 28 дней. Половой жизнью не жила. При осмотре: состояние удовлетворительное, кожа телесного цвета. Правильного телосложения, умеренного питания. Развита соответственно полу и возрасту. Вторичные половые признаки выражены хорошо. Девственная плева с избытком вещества, высотой до 0,4-0,6см, край плевы бахромчатый, тонкий, легко растяжимый. Отверстие плевы пропускает 2 пальца руки эксперта, кольцо сокращения отсутствует.

На марлевых тампонах с влагалищным содержимым гр-ки Б. при биологическом исследовании спермы не обнаружено (акт №… от 08.05.05г.).

При консультации дермато-венеролога венерических заболеваний не обнаружено.

1. Имело ли место половое сношение с потерпевшей?

2. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы?

3. Имеются ли у потерпевшей венерические заболевания (заболевания, передающиеся половым путём), если да, то какая их стадия – острая, хроническая?

4. Имеются ли у потерпевшей телесные повреждения, если да, то их характер, локализация, механизм и давность врзникновения?

5. Тяжесть, причиненного вреда здоровью человека.

Задача № 4

Из постановления известно, что 12.03.03г. гр-н Е. пытался изнасиловать несовершеннолетнюю Т., 17 лет. Пострадавшая пояснила: в квартиру зашел

сосед, сорвал с нее одежду, повалил на кровать, держал за руки и пытался совершить половой акт, но она вырвалась и убежала. За медицинской помощью не обращалась. Спецанамнез. Менструация с 12 лет, по 4-7 дней, через месяц, безболезненные. Последняя началась 16.03.с.г. Половой жизнью не жила. При осмотре 18.03.с.г. состояние удовлетворительное, кожа телесного цвета. Вторичные половые признаки выражены хорошо, наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Слизистая преддверья влагалища розового цвета. Девственная плева высотой 0,6см, мясистая; отверстие девственной плевы диаметром до 0,6см, край девственной плевы тонкий, бледно-розового цвета, допускает введение кончика пальца, отмечается кольцо сокращения. На передней поверхности правого предплечья в средней трети 3 кровоподтека с нечеткими контурами 2х1,5 см желтоватого цвета.

В мазках из половых путей (согласно данным судебно-биологического исследования) сперматозоиды не обнаружены.

При обследовании дермато-венерологом – венерических заболеваний не обнаружено.

1. Имел ли место половой акт?

2. Есть ли признаки венерических заболеваний?

3. Нарушена ли целостность девственной плевы?

4. Имеются ли телесные повреждения, если да – вид, характер, локализация, механизм образования, давность возникновения?

5. Определить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Задача № 5

Из постановления известно, что: «13.04.04г. в 18 часов на улице Попова, д.96 неизвестным лицом совершено изнасилование гр-ки А., 18 лет». Освидетельствуемая пояснила, что 13.04.04г. в 18 часов возвращалась домой, зашла в лифт, туда же забежал незнакомый парень, вытащил её за руку на лестницу, к выходу на крышу. Снял брюки, трусы, уронил её на пол, совершил несколько половых актов во влагалище. Спецанамнез. Менструация с 11 лет, по 4 дня, через 30-35 дней, последняя была 17 марта. Половой жизнью не жила, не подмывалась, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре: состояние удовлетворительное, кожа телесного цвета. Вторичные половые признаки выражены хорошо. Наружные половые

органы сформированы правильно. Слизистая преддверия влагалища, стенок влагалища бледно-розовая, со скудными слизистыми выделениями. Девственная плева высотой до 0,5 см с множественными выемками глубиной до 0,2 см, не доходящими до основания плевы, с бледно-розовыми краями, свободно заходящими друг за друга. Отверстие плевы пропускает 2 пальца эксперта, кольцо «сокращения» девственной плевы слабо выражено. Выделения из влагалища скудные, белесоватые, густые. На марлевых тампонах из влагалища гр-ки А. обнаружены сперматозоиды (акт №… от 15.04.04г.). При консультации дермато-венеролога – венерических заболеваний не обнаружено.

1. Имело ли место половое сношение с потерпевшей?

2. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы?

3. Имеются ли у потерпевшей венерические заболевания (заболевания, передающиеся половым путём), если да, то какая их стадия – острая, хроническая?

4. Имеются ли у потерпевшей телесные повреждения, если да, то их характер, локализация, механизм и давность образования?

5. Определить тяжесть, причиненного вреда здоровью человека.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 13. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СЛУЧАЯХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПРОТИВ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ И ПОЛОВОЙ СВОБОДЫ ЛИЧНОСТИ.

Эталон № 1.

1. В тампоне содержимого из половых путей гр-ки У., обнаружены сперматозоиды, согласно данным судебно-биологического исследования, что свидетельствует в пользу полового акта.

2. Согласно данным консультации дермато-венеролога – венерических заболеваний не выявлено.

3. Девственная плева низкая, на ней выемки соответственно 7 и 5 часам соответственно циферблата часов с отечными, кровоподтечными краями, не заходящими друг за друга, что указывает на ее повреждение и свидетельствует в пользу полового акта. Указанный вывод подтверждается отсутствием кольца сокращения.

4. При экспертизе обнаружены повреждения в виде кровоподтеков на бедрах и в области левой щеки, возникли от действия тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого, в связи с отсутствием специфических признаков, не представляется возможным. Желтый с зеленым оттенком цвет кровоподтеков указывает на давность возникновения в пределах 3-5 суток; бледно-синий цвет кровоподтека на щеке указывает на давность возникновения в пределах 1-3 суток.

5. Согласно медицинских критериев расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровья человека.

Эталон № 2.

1. В тампоне содержимого из половых путей несовершеннолетней С., сперматозоиды не обнаружены, согласно данным судебно-биологического исследования, что не исключает возможность полового акта.

2. Согласно данным консультации дерматовенеролога – венерических заболеваний не выявлено.

3. Девственная плева кольцевидная, высотой 0,5-0,6 см, растяжимая. Каких-либо выемок на ней не обнаружено, что свидетельствует о том, что она не нарушена, но допускает совершение полового акта за пределы плевы без ее нарушения. Указанный вывод подтверждается слабо намеченным кольцом сокращения.

4. При экспертизе обнаружено повреждение в виде кровоподтека левого глаза, возникло от действия тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого, в связи с отсутствием специфических признаков, не представляется возможным. Синий цвет кровоподтека указывает на то, что он возник не за долго до обращения, в пределах 1-3 суток. Согласно медицинских критериев, расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

Эталон № 3.

1. В тампоне содержимого из половых путей несовершеннолетней Б., сперматозоиды не обнаружены, согласно данным судебно-биологического исследования, что не исключает половой акт.

2. Согласно данным консультации дерматовенеролога – венерических заболеваний не выявлено.

3. Девственная плева в своей анатомической целостности не нарушена, низкая, что допускает совершения полового акта за пределы плевы, без нарушения целостности. Указанный вывод подтверждается отсутствием кольца сокращения.

4.5. Каких-либо телесных повреждений не обнаружено.

Эталон № 4.

1. В тампоне содержимого из половых путей гр-ки Г., сперматозоиды не обнаружены, согласно данным судебно-биологического исследования.

2. Согласно данным консультации дерматовенеролога – венерических заболеваний не выявлено.

3. Девственная плева высокая, без повреждений, что свидетельствует о том, что она не нарушена, а так как отверстие плевы диаметром 0,6 см не допускает введение полового члена за пределы ее без нарушения. Указанный вывод подтверждается наличием кольца сокращения.

4. При экспертизе обнаружено повреждение в виде кровоподтеков на правом предплечье, они возникли от действия тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого, в связи с отсутствием специфических признаков, не представляется возможным. Желтоватый цвет кровоподтеков указывает на давность возникновения в пределах 3-5 суток, что не противоречит указаниям дела.

5. Согласно медицинских критериев расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровья человека.

Эталон № 5.

1. В тампоне содержимого из половых путей гр-ки А., 18 лет, обнаружены сперматозоиды, согласно данным судебно-биологического исследования, что свидетельствует в пользу полового акта.

2. Согласно данным консультации дермато-венеролога – венерических заболеваний не выявлено.

3. Девственная плева высотой до 0,5 см с тонким растяжимым краем и выемками, не доходящими до основания плевы, такого же цвета и консистенции как окружающие участки, что дает основание утверждать - девственная плева не нарушена, но допускает совершение полового акта за

пределы ее. Указанный вывод подтверждается слабо выраженным кольцом сокращения.

4.5. Каких-либо телесных повреждений при экспертизе не обнаружено.

ТЕМА № 14. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ДОЛЖНОСТНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ; РЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТНЫХ ЗАДАЧ.

Задача №1

Обстоятельства дела: в определении указано: «гр-ка А.Т.П. обратилась в суд с иском к Областной клинической больнице и просила обязать ответчика производить ежемесячные выплаты, составляющие 25 % от заработной платы А.Д.Т. до достижения совершеннолетия его дочери (10 715 сом ежемесячно), взыскать с ответчика 3 000 000 сом в качестве компенсации морального вреда. Свои требования обосновала тем, что ее сын А. Дмитрий Григорьевич почувствовал себя больным в декабре 2008г., заболевание проявлялось в затруднении глотания жидкости и пищи. После появления этих симптомов, сын обратился в поликлинику по месту жительства г. К-т, откуда был направлен в Областную клиническую больницу. В ОКБ был поставлен диагноз ахалазия пищевода 1-2 степени (сужение пищевода). Сын был госпитализирован в ОКБ 11.03.2009г., где ему провели обследование и дилатацию пищевода баллоном (расширение просвета пищевода), которое не привело к положительной динамике. 26.03.2009г. он был выписан с рекомендацией наблюдаться по месту жительства Только после четвертой госпитализации врачи ОКБ направили сына к онкологу для проведения консультации. 16.09.2009г. Дмитрий умер от дальнейшего роста и развития опухоли....В соответствии со ст.79 ГПК РФ, суд определил: Назначить по иску ... судебно-медицинскую экспертизу, проведение которой поручить экспертам БСМЭ...» распоряжение экспертной комиссии представлены следующие документы: 1. Настоящее определение. 2. Материалы гражданского дела № 2-423/10. Исследовательская часть в материалах дела (л.д.3,4,5) имеется «Исковое заявление» А.Т.П., от 19.11.09г., согласно которому: «...Мой сын А. Дмитрий Григорьевич почувствовал себя больным в декабре 2008г., заболевание проявлялось в затруднении глотания жидкости и пищи. После пояснения этих симптомов сын обратился в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен в ОКБ. В ОКБ был поставлен диагноз ахалазия пищевода 1-2 степени (сужение пищевода) Только после четвертой госпитализации врачи ОКБ направили сына к онкологу для проведения консультации. 16.09.2009 г. Дмитрий умер от дальнейшего роста

и развития опухоли. Считаю, что смерть моего сына напрямую связана с некомпетентными действиями врачей ОКБ...». С материалами дела представлена «Медицинская карта стационарного больного №2-31-76» из «ОКБ» на имя А. Дмитрия Григорьевича, согласно которой: 91 «Выписной эпикриз: Находился на лечении с диагнозом: Ахалазия пищевода 1-2 ст. Рекомендовано наблюдение у хирурга, терапевта, невролога по месту жительства. Продолжить прием седативных препаратов по рекомендации невролога. Госпитализация в торакальное отделение через 1 месяц для продолжения курса кардиодилятации. При ухудшении прохождения пищи, досрочная госпитализация». С материалами дела представлена «Медицинская карта стационарного больного №2-43-36» из ОКБ на имя А. Дмитрия Григорьевича, согласно которой: «Поступил 30.03.09 г. Диагноз: Кардиоспазм 2-3ст. 06.04.2009г. Операция: балконная кардиодилятация. 13.04.09г. Состояние прежнее. Питание через зонд. Больной выписан. 10.04.09г. ФЭГДС + зонд: Эндоскопическая картина соответствует описанию от 09.04.09г. Установлен зонд для питания. С материалами дела представлена «Медицинская карта стационарного больного №2-60-62» из ОКБ на имя А. Дмитрия Григорьевича, согласно которой: «Поступил 12.05.09г. Диагноз: Кардиоспазм 3-4ст. Диагноз: Ахалазия пищевода 2-3ст. 14.05.2009г. В просвете пищевода большое количество жидкости с бариевой взвесью. Кардия сомкнута, для аппарата непроходима. С помощью струны установлен зонд. 28.05.09г. Больной выписан в ЦРБ для зондового питания на 3 недели. С материалами дела представлена «Медицинская карта №554 стационарного больного» из МУЗ «ЦРБ» на имя А. Дмитрия Григорьевича 31 год, согласно которой: «Поступил 02.06.2009г. Диагноз: Кардиоспазм 2-3ст. Выписной эпикриз: А.Д.Г. 31 год, находился в х/о с 02.06.09г. по 17.06.09г. с диагнозом: Кардиоспазм 2-3ст. Проводилось зондовое питание, инфузионная терапия. Пациент за время лечения набрал вес. Выписан из отделения с улучшением. С материалами дела представлена «Медицинская карта стационарного больного №2-78-83» из ОГУЗ «Государственная областная клиническая больница» на имя А.Дмитрия Григорьевича 1978г.р., согласно которой: «Поступил 18.06.09г. из областной поликлиники с направительным диагнозом: Кардиоспазм 2-3ст. 25.06.09г. Операция: Биопсия лимфоузла малого сальника, гастротомия по Витцелю. Под наркозом выполнена верхне-срединная лапаротомия. Брюшная полость свободна от спаек, выпота нет, брюшина гладкая. При ревизии в кардиальном отделе желудка, распространяясь на пищевод, плотная, бугристая опухоль 10х8см, плотно охватывающая кардию, прорастающая по ходу левой желудочной артерии в поджелудочную железу. Верхний полюс опухоли вколочен в пищеводное

отверстие диафрагмы. Определяются сращенные с опухолью плотные, увеличенные лимфоузлы малого сальника. Определяются также плотные, увеличенные парааортальные лимфоузлы. В 7-ом и 6-ом сегментах печени обнаружены плотные очаги размером 1,5см по диафрагмальной поверхности и 0,7см по висцеральной поверхности. Для исследования взят, после гидропрепаровки, лимфоузел малого сальника. При срочном цитологическом исследовании метастаз недифференцированного рака. У больного рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод, прорастанием тела и хвоста поджелудочной железы.

1. Какая форма рака желудка выявлена у А.Д.Г.?

2. Имеются ли нарушения отраслевого стандарта ведения гастроэнтерологического пациента, если да, то какие?

3. Имелись ли данные и показания для более раннего проведения оперативного вмешательства (лапаротомии или эндоскопическим способом)?

4. Имеется ли причинно-следственная связь между действиями медицинского персонала «ОКБ» и наступившей смертью А.Д.Г.?

Задача №2

Обстоятельства дела: В направлении указано: «15.02.2010 г. в межрайонный отдел СУ при прокуратуре по О-му краю с заявлением обратился гр-н К.В.Н. В своем заявлении К.В.Н. просит установить и привлечь к уголовной ответственности работников «ЦРБ», которые виновны в причинении вреда его здоровью, так как 29 октября 2007г. не оказали ему должную медицинскую помощь и поставили ошибочный диагноз. В обоснование своего заявления К.В.Н. указал, что 29.10.2007г., в ходе прохождения медицинской комиссии в «ЦРБ», при переходе из одного здания в другое, он упал. При помощи врача-фтизиатра он был доставлен в кабинет рентгенографии, где ему сделали рентген-снимки и отвели в хирургическое отделение «ЦРБ». Согласно заключения, приложенного к рентген-снимкам, у него был обнаружен артроз левого коленного сустава. При этом, осматривавший его хирург сказал, что ничего страшного у него нет, а просто ушиб. После этого его отпустили домой. ...Во второй половине января 2008г. он решил обратиться за медицинской помощью в медицинские учреждения г. О-а, где ему безоговорочно поставили диагноз: Перелом шейки левого бедра. Только по истечении 8-9 месяцев он начал пользоваться протезом. За это время левая бедренная кость срослась с осколком шейки бедра в ущербном положении... Исследовательская часть: В материалах дела (л.д.1-2) имеется

«Заявление» К.В.Н, 1949г.р., согласно которому: «Прошу установить и привлечь к уголовной ответственности лиц, виновных в причинении вреда моему здоровью при ошибочной постановке диагноза и неоказании должной медицинской помощи 29 октября 2007г. в районной больнице.... С материалами дела представлена «Амбулаторная карта» на имя К.В.Н., 1949 г.р., согласно которой: «21.01.08 г. Рентгенография. На рентгенограмме левого тазобедренного сустава определяется перелом шейки бедренной кости со смещением. В материалах дела имеется (л.д.4) «Консультация» профессора Л.В.С. из ООО «Док-сер», от 26.01.08г., К.В.Н., 58 лет, согласно которой: «Диагноз: Базальный перелом шейки левого бедра с удовлетворительным стоянием фрагментов. Локальный остеопороз, слабая тень регенерации...». В материалах дела имеется (л.д.27) «Ответ на запрос» из «ЦРБ», №549 от 23.02.10г., согласно которому: «На Ваш запрос от 15.02.2010г. № 87-2010 МУЗ «ЦРБ» поясняет. 1.К.В.Н. 22.10.1949 года рождения в октябре-ноябре 2007года на стационарном лечении в хирургическом отделении МУЗ «ЦРБ» не находился. 2. Данных об обращении К.В.Н. 22.10.1949г.р. в октябре-ноябре 2007года за медицинской помощью в хирургическое отделение нет .... В материалах дела имеется (л.д.68-70) «Должностная инструкция врача-рентгенолога» МУЗ «ЦРБ», согласно которой: «... Проводит диагностические рентгенологические исследования, разрешенные для применения в медицинской практике. При необходимости, участвует в разработке плана обследования больного, уточняет объем и рациональные методы обследования пациента с целью получения в минимально короткие сроки полной и достоверной диагностической информации. Участвует в постановке диагноза. Организует или самостоятельно проводит необходимые рентгенологические исследования.... В материалах дела имеется (л.д.79-81) «Должностная инструкция» врача-хирурга хирургического отделения МУЗ «ЦРБ», согласно которой: «...Оказывает квалифицированную медицинскую помощь по своей специальности, используя современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные для применения в медицинской практике..... В материалах дела имеется (л.д.84-85) «Акт служебного расследования» «ЦРБ», согласно которому: «Обращений больного по данному факту в 2007г. к врачу хирургу поликлиники не зафиксировано. Обращений в хирургический стационар также не зарегистрировано. Повторное рентгенологическое обследование левого тазобедренного сустава проведено 21.01.2008 г., где выявлен перелом шейки бедренной кости со смещением.... 18.03.11 г. Консультация врача-травматолога: Согласно записям в амбулаторной карте от 29.10.07г. факт травмы зафиксирован не

был. На представленном рентген-снимке от 29.10.07г. определяется нарушение целостности шейки левого бедра по нижнему (дуга Адамса) и верхнему контурам. Прослеживается суперпозиция (наслоение) костной ткани шейки в субкапитальной (подголовчатой) области. Шеечно-диафизарный угол увеличен до 150° (норма-132°) Диагноз: Медиальный, вальгусный перелом шейки левого бедра. По существующим законам патобиомеханики вальгусные переломы являются вколоченными, т.е. отломки не разъединяются, а внедряются один в другой.

1. Какова тяжесть вреда здоровью, причиненного дефектом медицинской помощи?

2. Являлось ли обязанностью рентгенолога оказание медицинской помощи К.В.Н.?

3. Какой (ие) нормативный (ые) акт (ы) были нарушены хирургом, не оказавшим медицинскую помощь К.В.Н.?

Задача № 3

Обстоятельства дела: В определении указано: «Б.Н.М. обратилась в суд с иском к ответчику, в котором просит обязать его выплатить ей компенсацию морального вреда, выразившегося в физических и нравственных страданиях в размере 15 000 сом и расходы, понесенные на лечение в размере 7460 сом. Требования мотивированы тем, что 23 июня 2009г. истица обратилась в ЦСМ №3 в связи с плохим самочувствием и наличием опухоли на левой ноге. В поликлинике ее направили на обследование к хирургу. Врач-хирург сделав прокол опухоли, поставил ей диагноз «Инфильтрат», пояснил, что это возможно укус насекомого, назначил курс лечения 7 дней. Однако ее самочувствие от проводимого лечения только значительно ухудшилось и, по совету знакомых, 30 июня 2009 г. она обратилась в хирургическое отделение клинической больницы на ст. С-к. Там ей был поставлен диагноз: Острый тромбофлебит большой подкожной вены левой нижней конечности. Также ей была рекомендована немедленная госпитализация. С 30 июня 2009г. по 10 июля 2009г. она находилась в стационаре, где ей проводилась консервативная терапия: инфузионная сосудистая терапия, антибактериальная терапия, флеботоники, дезагреганты, назначались противовоспалительные препараты, физиолечение. Проводимое лечение было платным, ею было уплачено 7460 сом. В результате проведенного лечения ее самочувствие значительно улучшилось, опухоль на ноге полностью прошла. Считает, что врач-хирург ЦСМ №3» К.А.А. назначил ей

неверный курс лечения, из-за чего ее физическое состояние ухудшилось, был причинен вред ее здоровью, в связи с чем, она была вынуждена обратиться в иную медицинскую организацию. Врач-хирург пояснил, что 23 июня 2009 года Б.Н.М. обратилась в ЦСМ №3 с жалобами на боли в области нижней трети левого бедра, наличие уплотнений, красноту кожных покровов. После проведенного осмотра поставлен первичный диагноз: инфильтрат нижней трети левого бедра, размером 10х8см. Для выявления гнойного отделяемого истице была произведена диагностическая пункция инфильтрата, показавшая отсутствие гнойного содержимого (нарыва), наложена асептическая повязка, показано антибактериальное, антиаллергическое лечение, сухое тепло (спиртовой компресс). С данным заключением эксперта Б.Н.М. не согласна, считает, что ей изначально был поставлен неверный диагноз, произведена травмирующая пункция в месте венозной патологии, назначено неверное лечение, которое усугубило ее состояние, в результате чего ей потребовалась экстренная медицинская помощь, которую она получила в другом медучреждении, так как уже не доверяла хирургу. С материалами дела представлена «Медицинская карта амбулаторного больного» на имя Б. Наталии Михайловны 1954г.р., согласно которой: « 23.06.09г. Хирург: Жалобы на боли в н/3 левого бедра. Локально: В области н/3 левого бедра имеется уплотнение 10.0х8.0см Произведена пункция. Отделяемого не получено. Ас.повязка. Диагноз: Инфильтрат н/3 левого бедра». С материалами дела представлена «Медицинская карта стационарного больного» из РКБ ст. С-к, согласно которой: «Поступила 30.06.09г. в х/о №1 с направительным диагнозом: Острый восходящий тромбофлебит поверхностных вен левой нижней конечности. Госпитализирована в 1 х/о для проведения консервативной терапии. При осмотре на внутренней поверхности левого бедра, в проекции большой подкожной вены, отмечается зона отека, гиперемии и инфильтрации мягких тканей до 6 см в диаметре. Флюктуации нет. По данным УЗДГ тромбоз большой подкожной вены. Диагноз: Острый восходящий тромбофлебит поверхностных вен левой нижней конечности. Лечение Рекомендована выписка на амбулаторное лечение. Ультразвуковая допплерография вен нижних конечностей. 30 июня 2009г. Заключение: Эхопризнаки неокклюзивного тромбоза БПВ слева. Недостаточность клапанного аппарата по МПВ слева». С материалами дела представлена «Медицинская карта стационарного больного №5610» из РКБ ст. С-к, согласно которой: «Поступила 21.09.09г. с направительным диагнозом: Варикозная болезнь. Диагноз: Варикозная болезнь левой нижней конечности. ХВН 2ст. Предоперационный 22.09.09г. 11.40-12.05. Операция: Флебэктомия слева. Направление на патогистологическое исследование:

22.09.09г. Вид операции: венэктомия. Номер исследования: 15637-15642. Макроскопическое описание: 2 фрагмента вен 15 и 5см., неравномерно расширенных. Микроскопическое описание: В стенке вены имеют неравномерно выраженная гипертрофия мышечных элементов и склероз. В материалах дела (л.д.54-55) имеется «Протокол судебного заседания» согласно которому: «... Истица Б.Н.М. суду пояснила: 23 июня 2009г. я обратилась к хирургу в поликлинику №3 , в связи с тем, что у меня на голени и бедре внутренней части левой ноги появились шишки. Хирург осмотрел меня, сказал, сейчас сделаем прокол. Я спросила, может не надо прокол делать, но он резко ответил «быстро идите». Мне пришлось согласиться. Он сделал прокол, что-то долго там делал. Было очень больно. После этого мне стало плохо, медсестра мне дала нашатырь. Врач сказал, либо пройдет, либо нарвет. Затем он сказал, что видимо, кто-то укусил меня, назначил мне компресс на ночь, таблетки амоксиклав и супрастин, сухое тепло днем, поставил диагноз инфильтрат. Я еще спросила, у него можно ли мазать ногу мазью Вишневского, он сказал, что не надо. Я начала лечиться и у меня на ноге пошла синева. К нам в гости приехал родственник, он работает врачом. Я ему показала ногу. Он сказал, что это не инфильтрат, а тромбофлебит. 29 июня я поехала в другую больницу на П-а, но там сосудистый хирург был в отпуске. Тогда я обратилась в Ж. больницу, где мне сказали, необходимо ложиться в больницу, сделали компресс с мазью Вишневского, ногу подняли наверх и так я провела 4 дня. Врачи сказали, что это очень опасное заболевание. Я 10 дней отлежала в больнице. Сейчас необходимо делать операцию, ее назначили на 21 сентября 2009 г. В материалах дела (л.д.99-101) имеется «Уточненный отзыв на исковое заявление» от хирурга от 24.02.2010г., согласно которому: «С заявленными требованиями не согласен по следующим основаниям: 1. 23.06.2009 г. ко мне обратилась на прием в ЦСМ №3 к врачу-хирургу жалобами на боли в области н/3 левого бедра, красноту кожного покрова, наличие образования в области бедра, боли при прикосновении при ходьбе. Осмотрев больную, я врач хирург увидел гиперемию кожи в области нижней трети левого бедра по «внутренней наружной» области, кожные покровы были горячие, имелось образование размером 10х8см, плотной консистенции, болезненное при пальпации, с кожной складкой неподвижны, ограничены здоровыми тканями. Признаки флюктуации отсутствовали. Была произведена диагностическая манипуляция (пункция инфильтрата), гнойного содержимого не получено, наложена асептическая повязка. Мною, хирургом, был поставлен диагноз инфильтрат нижней трети левого бедра. Назначено антибактериальное лечение, антиаллергическая терапия, сухое тепло (водочный компресс на ночь).

1. Правильно ли был поставлен диагноз 23 июня 2009 года Б.Н.М. врачом-хирургом ЦСМ №3?

2. Правильно ли было назначено и проведено лечение Б.Н.М. врачом-хирургом ЦСМ №3?

Задача №4

Обстоятельства дела: В определении указано: «В ходе следствия установлено, что: 04 декабря 2009г., около 16 часов 20 минут водитель Сл. В.М., управляя грузовым автомобилем «Тойота» гос. номер Ю7791АХ, допустил наезд на пешехода-престарелую О.Ж.О., находившуюся возле задней части автомобиля. В ходе предварительного следствия установлено, что 04. декабря 2009г. О. доставлялась в стационар РКБ, где ей была оказана медицинская помощь и она отпущена домой, где впоследствии скончалась. На основании изложенного и руководствуясь ст. УПК постановил назначить судебно-медицинскую экспертизу, производство которой поручить экспертам отделения сложных экспертиз БСМЭ...». В распоряжение экспертной комиссии представлены следующие документы: 1. Настоящее постановление. 2. Материалы уголовного дела № 659. 3. Рентген-снимки-2 шт. 4. Гистологический архив. Исследовательская часть: В материалах дела (л.д.не указан) имеется «Карта вызова скорой медицинской помощи №1351 (копия)» от 04.12.09г., согласно которой: «Время приема: 16час 15мин. Жалобы на боли в правой ноге в области лодыжки. Сбита машиной во дворе. Сознание не теряла. Объективно: ЧСС 82 в мин. АД 110/75мм.рт.ст. ЧДД 20 в мин. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Зрачки равны, реакция на свет живая. Ригидность затылочных мышц (+ -). Судороги отр. Кожные покровы обычного цвета. Боли и деформация в области правой лодыжки. Язык влажный. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Одышки нет. Ритм сердца правильный. Живот мягкий. Тошнота, рвота -нет. Запаха алкоголя нет. Диагноз: Автотравма. Закрытый перелом правой лодыжки. Шинирование. Промедол 2.0.» В материалах дела (л.д.не указан) имеется «Ответ на запрос» из Клинической больницы №1 от 10.06.10г., согласно которому:«На Ваш запрос от 07.06.10г. сообщаем . что О.Ж.О., 1934г. доставлена в РКБ СП 04.12.09г. в 16.52 после ДТП. Осмотрена дежурным хирургом, диагноз: Растяжение связок правого голеностопного сустава, кровоподтек мягких тканей в области медиальной лодыжки нижней трети правой голени. Ушиб. Кровоподтек мягких тканей в нижней и средней третях левой голени. На рентгенограмме без костных повреждений. Произведено обезболивание, иммобилизация эластичным бинтом. Даны рекомендации.

Зам. гл. врача РКБ. В материалах дела (л.д.74-93) имеется «Заключение эксперта №232» от 17 февраля 2010 года, согласно которому: « Данные медицинской документации: Из представленного вместе с трупом в морг сопроводительного листа станции скорой помощи на имя О.Ж.О., 75 лет следует, что вызов принят 04.12.2009г. в 16час. 20мин.. Взята с улицы со двора пр. Л-ий, . В записи врача скорой помощи: «Жалобы на боли в правой ноге выше стопы. Сбита во дворе машиной. В сознании. Очаговых расстройств нет. АД 110/75мм.рт.ст. Пульс 82 уд/мин. Хрипы единичные в легких, ЧД 20 в мин. Боли и отечность в области правой голени. Внутримышечно р-р тромала 2% -1мл. Диагноз: Закрытый перелом правой лодыжки. Доставлена в РКБ в 16час. 47мин. 04.12.2009г. Врач: В 17час. 40мин.. 04.12.2009г. Осмотрена дежурным хирургом РКБ: «Жалобы на боль в области правого голеностопного сустава и нижней трети, кровоподтек мягких тканей (размерами около 12х6х0,5см.), на боль, кровоподтек мягких тканей в верхней трети и средней трети левой голени. Автотравма 04.12.2009г. Во дворе сбил автомобиль при движении задним ходом. Объективно: Кровоподтек мягких тканей в нижней трети правой голени и голеностопном суставе, кровоподтек мягких тканей в верхней трети и в средней трети левой голени, клинически и рентгенологически без костных повреждений. Диагноз: Растяжение связок правого голеностопного сустава и правого коленного сустава, ушиб, кровоподтек мягких тканей в верхней трети и средней трети левой голени с медиальной стороны (на фоне 98 деформирующего артроза коленных суставов и правого голеностопного, на фоне лечения преднизолоном 5мг). Лечение: Покой, не ходить, местно холод, мазь троксерутин, эластичное бинтование. Из направления врача скорой помощи в морг трупа О.Ж.О. 1934г. рождения, следует, что врачом скорой помощи констатирована смерть на дому в 20 часов 04.12.2009г. (дата не указана). Выводы: На основании судебно-медицинского исследования трупа гр- ки О.Ж.О. 1934г. рождения, результатов лабораторных исследований, данных медицинской документации на имя умершей, учитывая обстоятельства дела, указанные в постановлении и в представленных материалах уголовного дела, прихожу к следующим выводам:

1. При исследовании трупа гр-ки О.Ж.О. установлена совокупность телесных повреждений обеих нижних конечностей и грудной клетки справа: 1.1 Закрытая тупая травма преимущественно мягких тканей нижних конечностей на уровне нижних отделов бедер, обоих коленных суставов, всей правой голени и области правой стопы, верхних 2/3 левой голени: 1.2 Закрытые, полные, поперечные, сгибательного характера, неосложненные переломы

правых 3-5 ребер по средне-ключичной линии с очаговыми кровоизлияниями в окружающие мягкие ткани и под реберную плевру; очаговое скопление мелкоочагово-сливных кровоизлияний (на участке 7х5см.) в подкожно-жировой клетчатке в проекции грудины на уровне прикрепления 2-4 ребер.

2. Вместе с тем, при исследовании трупа гр-ки Обориной Н.Г. обнаружены патоморфологические изменения, характерные для остро развившегося незадолго до наступления смерти пострадавшей патофизиологического состояния острой кровопотери и декомпенсированного шока с явлениями элементов «централизации кровообращения»: Объективным подтверждением декомпенсации шока и кровопотери в данном случае могут служить достаточно выраженные морфологические проявления острых расстройств микроциркуляции в легких и почках с нарушением реологических свойств крови, а также слабо выраженные трупные пятна, картина преобладающего малокровия внутренних органов брюшной полости, относительное запустение камер сердца и наличие мелкоточечного кровоизлияния под внутренней оболочкой сердца в левом желудочке (то есть свойственные декомпенсированному шоку признаки дефицита наполнения кровью камер сердца).

3. На основании вышеизложенного, смерть О. последовала от причиненной закрытой тупой травмы нижних конечностей, включавшей в себя закрытый перелом тела правой малоберцовой кости, очаговые размозжения мягких тканей, обширные и глубокие кровоизлияния в последние, протяженные отслоения кожно-мягкотканных лоскутов с формированием заполненных кровью карманоподобных полостей и другие повреждения нижних конечностей, перечисленные в п. 1.1 Выводов. 10. Закрытая тупая травма нижних конечностей могла быть причинена гр-ке О.Ж.О. от достаточно сильного механического воздействия (сдавления, удара и сдавления одновременным тангенциальным смещением кожно- мягкотканных лоскутов относительно глублежащих мягких тканей и костей скелета нижних конечностей) в области коленных суставов, правых голени и стопы, левой голени в верхних 2/3, совершённого на участках по протяжению около 22-23см. вдоль длинных осей нижних конечностей. При обстоятельствах, указанных в постановлении и в представленных материалах уголовного дела, закрытая тупая травма нижних конечностей могла быть причинена по вышеуказанному механизму от сильного сдавления областей коленных суставов, всей правой голени и части правой стопы, верхних 2/3 левой голени гр-ки О.Ж.О. между поверхностью колеса автомобиля и преобладающей плоской и жесткой подложкой (твердым грунтом, дорожным покрытием.

Судебно-медицинский эксперт». С материалами дела представлен «Акт судебно-гистологического исследования №5325» от 16.07.10г., согласно которому: Микроскопическое исследование: Легкое (6 кус. 12 ср.) - плевра без наложений, острое умеренно выраженное полнокровие сосудов артериального русла, вен, неравномерное полнокровие микрососудов, в мелких артериях и венах, артериолах, венулах и капиллярах на светооптическом уровне и в фазовом контрасте определяются жировые клетки, микрофрагменты жировой ткани, обтурирующие просвет сосудов в количестве около 40-50 в десяти полях зрения увеличения микроскопа Х 20, в одной из вен просвет выполнен фрагментом миелоидной ткани, альвеолярные полости и большинство бронхов с оптически пустыми просветами, в большинстве кусочков просветы альвеол эмфизематозно расширены, в просветах некоторых мелких бронхов слущенные клетки эпителия, некоторые бронхи с оптически пустыми просветами, сохраненной эпителиальной выстилкой. Заключение: В лёгком множественные очаги острой эмфиземы, микроскопические признаки тканевой эмболии (наличие множественных микрофрагментов жировой ткани, обтурирующих просвет микрососудов, обтурация фрагментом миелоидной ткани единичной вены), неравномерное полнокровие сосудов микроциркуляции.

1. Состоит ли в прямой причинно-следственной связи наезд на пешехода О. и наступлением смерти О.Ж.О.?

2. Имеется ли причинно-следственная связь между неоказанием квалифицированной медицинской помощи и смертью О.Ж.О.?

3. Наступила бы смерть О.Ж.О., если бы ей была оказана вовремя медицинская помощь?

4. Могли ли врачи РКБ диагностировать телесное повреждение, от которого скончалась О.Ж.О. и вовремя госпитализировать её до наступления летального исхода?

5. Выполнили ли врачи все исчерпывающие медицинские мероприятия, направленные на своевременное лечение О.Ж.О., мероприятия, предусмотренные медицинскими стандартами и иной нормативной документацией?

6. Правильно ли действовали врачи в данной ситуации?

Задача №5

Обстоятельства дела: В направлении указано: «30 декабря 2010 года, в период времени с 23 часов 20 минут до 23 часов 55 минут, З.А.З., являясь фельдшером скорой медицинской помощи, обслуживая вызов Е.Л.Н. выставила диагноз: «Хронический алкоголизм, запойное состояние, медикаментозное отравление под вопросом». Зная о том, что последняя выпила упаковку таблеток «реладорм» и «другие», должной медицинской помощи не оказала, Е.Л.Н. не госпитализирована. Во время второго вызова, поступившего в СМП в 00 часов 37 минут, выехав по вышеуказанному адресу, фельдшер констатировала смерть Е.Л.Н. В распоряжение экспертной комиссии представлены следующие документы: 1. Направление. 2. Отказной материал №482/408. 3. Амбулаторная карта на имя Е.Л.Н., 1956г.р. 4. Гистологический архив (влажный архив, стекла). Исследовательская часть: С материалами дела представлена «Амбулаторная карта» из СМП на имя Е.Любови Николаевны 1956г.р., согласно которой: «25.01.10г. Вызов терапевта: Диагноз: ДЭ 2ст смешанного генеза. Последствия токсического воздействия алкоголя. Гипертоническая болезнь 2. Ожирение 3. Назначения. Эналаприл 1т. Циннаризин 1т хЗр. Нитрозепам 5? №20 по 1т на ночь. Амитриптилин 0.5т утро, вечер, обед. В/в раствор актовегина 5.0 на физрастворе №5. Раствор аспаркама 20 %-10.0 04.02.10г. Состояние несколько улучшилось. Стала спать с помощью нитрозепама. Меньше головные боли. 10.03.10г. Кардиолог. Диагноз: Гипертоническая болезнь Зет. Риск 2. СН 2А. Остеохондроз деформирующий. Назначения: Enapi HI 1табл утро. Enapi 10 1табл веч. Эгилок 0.05 1-2т. утром веч 25.03.10г. Активно терапевт. Диагноз. Хронический холецистопанкреатит. Гипертоническая болезнь 3 риск. Ожирение. Деформирующий остеохондроз. Назначения: Дротаверин 0.04 по 1т. Зраза. Панкреатин по 1т. 3 раза. Эгилок 0.05 1т. утром. Эналаприл 1т. веч. 06.11.10г. Активное посещение. Диагноз: Гипертоническая болезнь 2, риск. ДЭ 2 смешанного генеза. СН-1. Остеохондроз, спондилолизис. Хр. холецистопанкреатит. Назначения.Enap1 HI 1табл утро. Дротаверин 1т хЗ р. 06.10.10г. Психиатр: Соматоформное расстройство с нарушением сна. Назначения: Реладорм 0.005 по 1 табл. на ночь № 20. 06.12.10г. Активное посещение терапевта. Диагноз: Гипертоническая болезнь. ДЭ 2 смешанного генеза. Остеохондроз. Назначения: Enapi HI 1табл утро 10мг №20. Enapi 10 1табл веч. 10мг №40. Egiloki 005 1т-2раза». В материалах дела (л.д.21-31) имеется «Акт медицинского исследования трупа №3» от 31.12.2010г.-09.02.2011 г. Данные дополнительных методов исследования. Акт судебно-химического исследования №147 от 01.02.2011г. (Судмедэксперт Л.А.Б.). Заключение: При судебно-химическом исследовании биологического материала, изъятого

при вскрытии трупа Е.Л.Н. 1956 г.р., в крови, стенке желудка, в печени обнаружен циклобарбитал в концентрации: в крови-48.1мкг/мл, в стенке желудка-9,4мг %, в печени-7,0мг % (с учетом извлекаемое™). В стенке желудка обнаружен седуксен (реланиум) в концентрации 0,1 мг % (без учета извлекаемости). В моче, в стенке желчного пузыря обнаружены: 1) кодеин в концентрации 38,5мкг/мл - в моче, следы- в желчи; 2) следы морфина. Служебная записка к акту судебно-химического исследования № 147 от 01.02.2011г. Заключение: При судебно-химическом исследовании в крови обнаружен этиловый спирт в концентрации 2,5 промилле.

Заключение: 1. Причиной её смерти явилось острое комбинированное медикаментозное отравление препаратами, содержащими кодеин (наркотический анальгетик), циклобарбитал (снотворное средство), седуксен (транквилизатор) в сочетании с алкоголем, осложненное угнетением функций ЦНС и деятельности дыхательного центра в результате приема внутрь в больших дозах (передозировка) лекарственных препаратов содержащих кодеин, циклобарбитал, седуксен, в сочетании с приемом внутрь алкоголя (алкогольное опьянение сильной степени). Данное заключение о причине смерти подтверждается наличием концентраций вследствие сверх доз кодеина в моче 38,5 мкг/мл, следов кодеина в желчи, следов морфина в моче и в стенке желчного пузыря, циклобарбитала в крови 48,1 мкг/мл, в стенке желудка 9,4мг %, в печени 7,0мг %, следов циклобарбитала в моче, седуксена в стенке желудка 0,1 мг %; этилового спирта в крови 2,5 промилле; признаками быстро наступившей смерти и циркуляторными расстройствами в органах, клиническими проявлениями развивающегося отравления (передозировки).

В материалах дела (л.д.43, 44) имеется «Должностная инструкция» фельдшера по обслуживанию вызовов скорой медицинской помощи ЦГБ», согласно которой: «1. 2.2. Оказывать скорую медицинскую помощь больным и пострадавшим на месте происшествия и во время транспортировки в стационар.

В материалах дела (л.д.40) имеется «Карта вызова скорой медицинской помощи № 5», согласно которой: «Адрес вызова: П-25. Дата 30.12.10г. Повод: плохо. Принят: 23.20. Выезд: 23.20. Ф.И.О. больного: Е. Любовь Николаевна. Возраст: 54. Пол: женский. Житель: город. Алкоголь: нет. Причина вызова: Неотложная помощь. Вызов: первичный. Результат вызова: Отказ от госпитализации. Диагноз: Хронический алкоголизм. Запойное состояние. Медикаментозное отравление под вопросом. Фельдшер: З.А.З.

Водитель: Петенев. Жалобы, анамнез: Жалоб не предъявляет. Со слов мужа, больная сказала, что приняла таблетки «Реладорм», сколько не известно. Он нашел пустую упаковку из-под 10 таблеток. В анамнезе хр.алкоголизм. С 24.12 злоупотребляет спиртным в течение недели. Температура-36,6; ЧДД 20; Рс 78; ЧСС 78, АД 120/80мм.рт.ст. Объективные данные: Состояние удовлетворительное. Больная спит. Разбужена парами нашатырного спирта. В контакт вступает. Адекватна. Во времени и пространстве ориентирована. 102 Кожные покровы обычной окраски и влажности. Сердечные тоны ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме. Лечебные мероприятия: Промывание желудка стаканным способом. Наблюдение в течение 30 минут. При ухудшении состояния перезвонить повторно. От госпитализации отказалась».

Представлен «Акт судебно-гистологического исследования № 1583» от 15.03.2011г., кусочков внутренних органов от трупа Е.Л.Н., проведенного судмедэкспертом И-ой И.П., согласно которому: Заключение: Отек мягкой оболочки и вещества головного мозга, несколько диапедезных перивазальных кровоизлияний в коре и белом веществе мозга. Альвеолярный отек легкого. В представленных кусочках сердца ангиодистония, очаговые контрактурные повреждения миоцитов 1-2-го порядка /в поляризованном свете/, что может быть расценено как метаболические повреждения, отсутствие некрозов. Смешанная дистрофия почки.

1. Какова причина смерти Е.Л.Н.?

2. Правильные ли действия фельдшера З.А.З. по оказанию медицинской помощи Е.Л.Н.?

3. Имеется ли связь между неблагоприятным исходом, характером диагностики и действиями фельдшера З.А.З.?

Задача № 6

Из обстоятельства дела известно, что труп подростка И., 14 лет, обнаружен на крыше электровагона, стоящего на железнодорожном вокзале. Труп мальчика, в возрасте 10-12 лет, лежит на животе, голова повёрнута влево. Трупные пятна и окоченение отсутствуют. Труп на ощупь тёплый. При ударе ребром металлической линейки по передней поверхности левого плеча сразу возникает хорошо выраженная идиомускулярная опухоль. При глубокой

термометрии печени температура 37°С. Глаза открыты. Зрачки диаметром слева 0,5см, справа - 0,3 см, соединительные оболочки глаз серого цвета, без кровоизлияний. Отверстия рта и носа чистые, свободные. Кости свода черепа, лицевого скелета, верхних и нижних конечностей на ощупь целы. На ладонной поверхности обеих кистей имеется некротические повреждения кожи неправильной округлой формы, диаметром около 1см, с кратерообразным углублением в центре, грязно-серого цвета. Края повреждения приподняты. В области лба округлая ссадина 0,8х0,6 см с тёмно красным дном.

1. Высказать суждение о предполагаемой причине смерти?

2. Решить вопрос о давности наступления смерти?

3. Решить вопрос о наличии телесных повреждений?

4. Механизм и давность возникновения повреждений?

5. Определить тяжесть, причинённого вреда здоровью человека.

Задача № 7

Из постановления известно, что: «08.07.07г., в пригороде неизвестный изнасиловал гр-ку Я., 22 лет.». Пояснила, что 08.07. с.г. в 21 час поехала на озеро, где к ней начал приставать незнакомый парень, она пыталась убежать, но он ударил ее по лицу, схватил за шею и затащил в траву, снял с нее брюки, положил на спину, снял с себя штаны, трусы, затем совершил половой акт во влагалище. Было больно, крови не было. Дома не подмывалась, за медицинской помощью не обращалась. Спецанамнез. Менструация с 13 лет, по 4-5 дней, через 28 дней. Первый половой акт полгода назад, крови не было. Последняя менструация неделю назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа телесного цвета. На боковой поверхности шеи слева в средней трети имеются кровоподтёки мелкопятнистого вида, красноватого цвета в виде полосы шириной 0,8-1,5 см длиной 4 см; на 1,5 см выше ссадина с влажным розовым дном 0,4х0,1 см; в области век левого глаза багровый кровоподтёк на площади 2,2х1,0 см, умеренный отёк мягких тканей. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу; слизистая преддверия влагалища бледно- розовая. Девственная плева кольцевидной формы, высотой 0,3-0,4 см, край её тонкий, эластичный, легко растяжимый, бледно-розового цвета. Отверстие девственной плевы пропускает 2 пальца руки эксперта, кольцо сокращения отсутствует. Выделения светлые, умеренные.

При судебно-биологическом исследовании: в тампоне с влагалищным содержимым г-ки Я. обнаружена сперма. При консультации дермато-венерологом – венерических заболеваний не обнаружено.

1. Имело ли место половое сношение с потерпевшей?

2. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы?

3. Имеются ли у потерпевшей венерические заболевания?

4. Имеются ли телесные повреждения, если да, то их вид, характер, локализация?

5. Механизм, давность и тяжесть, причиненного вреда здоровью человека.

Задача № 8

Из постановления известно, что «14.09.09г. гр-ка М., 20 лет, была изнасилована во дворе дома неизвестным мужчиной». Свидетельствуемая пояснила, что. 14.09.09г. неизвестный мужчина затащил во двор, где идёт стройка, свалил на землю, несколько раз ударил по лицу и совершил с ней половой акт. Спецанамнез: менструации с 14 лет по 4 дня, через 28 дней, последняя 15.08.09г.; половую жизнь отрицает. При освидетельствовании (15.09.09г.) обнаружен багрово-синий кровоподтёк по средней линии лба выше переносья на 2 см, размерами 2,5х1,5 см. Половые органы сформированы по женскому типу; девственная плева кольцевидная, высотой 0,8 см, мясистая. Соответственно 6 часам циферблата часов выемка, доходящая до основания плевы с отёчными кровоточащими при дотрагивании стеклянной палочкой краями, несовпадающими при складывании. Кольцо сокращения отсутствует.

В тампонах при судебно-биологическом исследовании обнаружены сперматозоиды. Венерических заболеваний, согласно данным консультации, не обнаружено.

1. Имело ли место половое сношение с потерпевшей?

2. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы?

3. Имеются ли у потерпевшей венерические заболевания?

4. Имеются ли у потерпевшей телесные повреждения, если да, то их характер, локализация?

5. Давность возникновения, механизм образования, тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

Задача № 9

Из постановления известно, что 10.06.06г. в пригороде неизвестный мужчина изнасиловал гражданку М., 17 лет. Пояснила, что шла домой с остановки электрички. Неизвестный догнал её, схватил за руки, утащил в лес. Он закрыл ей какой-то тряпкой рот, бил кулаками по лицу и голове, после чего совершил с ней половой акт. Спецанамнез: Менструация с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней, последняя - 10 дней назад. После случившегося не подмывалась, за медпомощью не обращалась. При осмотре (11.06.06г.): состояние удовлетворительное. На нижнем веке правого глаза округлый синий кровоподтек 5х4 см, такой же кровоподтек на передней поверхности левого бедра, в средней трети, 4х2 см., наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева кольцевидной формы, мясистая, низкая до 0,3 см; соответственно 5 и 7 часам циферблата часов выемки, доходящие до основания плевы с отечными кровоподтечными несовпадающими при складывании краями. При дотрагивании стеклянной палочкой кровоточат. Отверстие плевы диаметром до 2,5 см; кольцо сокращения отсутствует. В тампонах из влагалища гр-ки М. сперматозоидов при судебно- биологическом исследовании не обнаружено. При консультации дермато-венерологом венерических заболеваний не выявлено.
1. Имеются ли в половых путях сперматозоиды?

2. Нарушена ли анатомическая целостность девственной плевы?

3. Имеются ли венерические заболевания?

4. Определить вид, характер, локализацию телесных повреждений, механизм и давность возникновения?

5. Определить тяжесть, причиненного вреда здоровью человека.

Задача № 10.

Во время плавания гражданин П., 44 лет, 20.06.09г. со слов очевидцев несколько раз погрузился в воду, что-то кричал, а затем не всплыл на поверхность. Тело его обнаружено через 4 часа, примерно в 300 метрах от места погружения. Трупные пятна разлитые, розовато-синюшные, опоясывающие; при дозированном давлении восстанавливают цвет через 2 минуты, внутрипеченочная температура 34°С., идиомускулярная опухоль в

виде валика, окоченение выражено слабо во всех группах мышц. У отверстий рта и носа, в просвете дыхательных путей стойкая мелкопузырчатая пена, мелкоточечные темно-красные кровоизлияния в соединительных оболочках век, под плеврой легких и эпикардом, а также разлитые розоватые кровоизлияния в виде «грозди винограда» под плеврой легких. Легкие увеличены в объеме с отпечатками ребер на их поверхности. В полостях сердца, крупных сосудах жидкая темная кровь; в пазухе основной кости бесцветная жидкость до 1,5 мл, где обнаружены при медико-криминалистическом исследовании створки диатомового планктона, аналогичное обнаружено в минерализатах почки. В крови и моче обнаружен алкоголь в концентрации соответственно 1,8 %о и 0,9 %о.

1. Определить причину смерти?

2. Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, прижизненность, тяжесть вреда, причиненного здоровью человека и отношение к причине смерти?

3. Установить наличие заболеваний и взаимосвязь с наступлением смерти?

4. Определить степень алкогольного опьянения и отношение к причине смерти?

5. Установить давность наступления смерти?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ТЕМА № 14. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ДОЛЖНОСТНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ; РЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТНЫХ ЗАДАЧ.

Эталон № 1.

1. У больного А.Д.Г. имел место диффузно-инфильтративный, кардиоэзофагеальный рак (аденокарцинома по данным гистологического исследования №44588-92/09), который, на момент выполнения диагностической лапаротомии 25.06.09г., соответствовал стадии T4.N3.M1 (генерализация злокачественного процесса с прорастанием в диафрагму, поджелудочную железу, с метастазами в печень, лимфоузлы) и характеризовался подслизистым ростом и распространением процесса по стенке органа.

2. Сотрудниками Областной больницы не были нарушены какие-либо законодательные акты, определяющие особенности оказания медицинской помощи онкологическим больным и стандарты ведения

гастроэнтерологического больного. Выявленные нарушения в оказании медицинской помощи А.Д.Г. касаются только алгоритма проведения 106 дифференциальной диагностики, основанного на принципе онкологической настороженности по отношению к больным с синдромом дисфагии.

3. 4. Оперативное вмешательство у больных с синдромом дисфагии, выполняется по определенным показаниям, одним из которых является неэффективность консервативной терапии. Исходя из последовательности и объема оказания медицинской помощи А.Д.Г., полученного после бужирования отрицательного результата лечения, экспертная комиссия приходит к выводу о том, что в данном случае имелись все основания для расширения спектра используемых диагностических методов (щеточная биопсия, двойное контрантирование и т.д.) или более раннего проведения инвазивных методов дифференциальной диагностики (лапаротомия, лапароскопия).

Эталон № 2.

Отдаленный прогноз у онкологических больных определяется основным фактором, а именно, стадией развития злокачественной опухоли, при которой выполняется радикальная хирургическая операция или проводится комбинированное лечение. В данном случае, на момент выполнения диагностической лапаротомии, у А.Д.Г. была 4-я стадия заболевания, при которой вышеуказанные методы лечения практически неэффективны. Таким образом, на этапе первичного обращение больного А.Д.Г. в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» онкопроцесс был представлен генерализованной формой рака, при котором неизбежен неблагоприятный исход, что исключает причинно-следственную связь действий медицинского персонала ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с наступившей смертью А. Д.Г. 1. Согласно представленным медицинским документам и материалам дела не зарегистрировано официальное обращение К.В.Н. 29.10.2007г. за медицинской помощью в МУЗ «ЦРБ» по поводу травмы. При этом, К.В.Н., после падения 29.10.2007г., была оказана медицинская помощь в объеме рентгенологического обследования, консультации врача-хирурга. Выставлен диагноз: Деформирующий артроз тазобедренных суставов 1-2 степени. Повторное рентгенологическое обследование левого тазобедренного сустава проведено 21.01.2008г., где выявлен перелом шейки бедренной кости со смещением. Характер перелома (медиальный перелом шейки левого бедра), механизм травмы (падение набок на область тазобедренного сустава), сроки консолидации по данным повторной рентгенографии, могут соответствовать обстоятельствам и срокам

получения перелома, которые изложены в заявлении К.В.Н. Таким образом, К.В.Н. по поводу падения была оказана медицинская помощь в доступном для ЦРБ объеме. При этом, диагностированный у К.В.Н. медиальный перелом шейки левого бедра являлся вколоченным и данная особенность перелома предопределяла объективные трудности для его первичной диагностики, так как при таких переломах четко не прослеживается линия перелома, сохраняются движения в тазобедренном суставе и даже частично, опорность конечности. Диагностированный в более поздние сроки перелом шейки бедра у К.В.Н. не 107 подлежит оценки по степени тяжести вреда здоровью, так как экспертной комиссией не найдено дефектов оказания медицинской помощи, которые являлись непосредственной причиной поздней диагностики перелома шейки бедра. В соответствии с 24. приказа МЗ и СР №194Н от 24 апреля 2008 г., ухудшение состояния здоровья человека, вызванное характером и тяжестью травмы,…..поздними сроками начала лечения ....и др. причинами, не рассматривается как причинение вреда здоровью. 2. В соответствии с должностной инструкцией, утвержденной в МУЗ «ЦРБ» врач-рентгенолог проводит диагностические рентгенологические исследования, разрешенные для применения в медицинской практике, при необходимости, участвует в разработке плана обследования больного, организует или самостоятельно проводит необходимые рентгенологические исследования, в зависимости от состояния пациента определяет необходимость дополнительных методов обследования. Следовательно, обязанностью врача-рентгенолога является оказание медицинской помощи в объеме разрешения вопроса о показаниях к проведению рентгенологического исследования, выполнении рентген-исследования на предмет выявления заболевания или последствий травмы, постановки рентгенологического диагноза. Рентгенологический метод является основным в диагностике переломов, в связи с чем, полученные рентгенологические данные могут являться основанием для формулировки и окончательного диагноза врачом-травматологом или хирургом. В экстренном случае, в функциональные обязанности врача, в соответствии с действующим законодательством, входит оказание неотложной медицинской помощи. В данном случае врачом- рентгенологом оказана медицинская помощь К.В.Н. и выставлен рентгенологический диагноз в полном соответствии с должностной инструкцией и функциональными обязанностями врача.

Эталон № 3.

Хирург, в соответствии со своей должностной инструкцией, оказал К.В.Н. врачебную медицинскую помощь в объеме первичного обследования и

обоснования рекомендаций по выставленному диагнозу. При этом, каких-либо данных, свидетельствующих о полном объеме объективного врачебного обследования экспертной комиссией не найдено. Хирург не заполнил обязательную в таких случаях утвержденную форму медицинской документации (учетная форма №1), где регистрируется факт обращения, объем исследования, лечения, диагноз. 1. С учетом представленных медицинских документов, данных объективного обследования, экспертная комиссия приходит к выводу, что в период с 23.06.09г. по 30.06.09г. у Б. Н.М., на фоне варикозной болезни правой нижней конечности, имел место острый тромбофлебит поверхностных вен левой нижней конечности с проксимальной границей тромбоза и воспаления на уровне нижней трети левого бедра. Данный вывод подтверждается результатами объективного исследования, данными 108 ультразвуковой допплерографии венозных сосудов результатами патогистологического исследования макропрепарата.

Эталон № 4.

2. Выставленный Б.Н.М. врачом-хирургом МУЗ «Городская поликлиника» 23 июня 2009 года диагноз «инфильтрат» является правильным только в части определения патогенетической основы данного заболевания, а именно очага локального воспаления в мягких тканях левого бедра без определения его этиологии (причины), так как воспалительный инфильтрат в мягких тканях левого бедра составляет основу, в том числе, и острого тромбофлебита поверхностных вен. Данный диагноз, как предварительный, правомочен на этапе первичного обследования больной. При этом, вышеуказанный диагноз, в том виде, в котором представлен хирургом, может быть основанием для назначения консервативной противовоспалительной терапии, но не является показанием к инвазивным методам исследования (пункции инфильтрата), так как не несет в себе какие- либо хирургические показания или мотивированные основания для их использования. Консервативное противовоспалительное лечение Б.Н.М. врачом-хирургом МУЗ «Городская поликлиника» назначено по показаниям правильно, в полном соответствии с выставленным диагнозом, однако тактика ведения больной в виде пункции инфильтрата без дифференциальной диагностики и какого-либо обоснования необходимости использования инвазивного метода является ошибочной. 1. Полученная О. 04 декабря 2009г. при ДТП тяжелая сочетанная травма с повреждениями обеих нижних конечностей и грудной клетки справа в виде кратковременного сдавления нижних конечностей на уровне нижних отделов бедер, обоих коленных суставов, всей правой голени и правой стопы, верхних 2/3 левой голени с обширными очагами кровоизлияний,

размозжения тканей, включая большие массивы мышц, с массивной и протяженной отслойкой кожных покровов, заполненных сгустками крови, с закрытым переломом малоберцовой кости, в сочетании с переломами 3-5 ребер справа и ушибом грудины, осложнилась жировой эмболией легких, которая вызвала острую дыхательную недостаточность и внезапную смерть О. в первые часы после травмы. Диагноз жировой эмболией легких находит свое полное подтверждение в результатах проведенного судебно-гистологического исследования №5325. Таким образом, данная патофизиологическая зависимость вышеуказанной скелетной травмы с массивным повреждением подкожной жировой клетчатки, переломом трубчатой кости и осложнением в виде острой формы жировой эмболии легких, как непосредственной причины смерти, предопределила прямую причинно-следственную связь травмы (наезд на пешехода) с наступлением смерти пострадавшей О.. 2,3. Неоказание врачами ГБ-1 должной медицинской помощи О. в острый период тяжелой травмы нижних конечностей и грудной клетки привело к ухудшению состояния больной вследствие развивающейся 109 эндогенной интоксикации, массивного внутреннего кровотечения, что существенно увеличивало риск возникновения осложнений, в том числе, жировой эмболии легких. При этом, достоверно прогнозировать возможность возникновения жировой эмболии и ее тяжесть, а также эффективно предупреждать данное осложнение, было невозможно по объективным причинам. Таким образом, разрешение поставленного вопроса о наличии причинной связи действий врачей с наступлением смерти потерпевшей О. экспертная комиссия может рассматривать только в части наличия или отсутствия причинной связи действий врачей с комплексом осложнений, которые могли быть эффективно предупреждены при должном оказании медицинской помощи. С этих позиций, допущенные дефекты в оказании медицинской помощи О. не находятся в прямой причинной связи с наступлением смерти от жировой эмболии, в силу вышеуказанных особенностей данного осложнения. 4. Выявленные при судебно-медицинском исследовании трупа О. телесные повреждения, представленные в п.1 выводов настоящей экспертизы, являются доступными для предварительной диагностики с помощью метода общеклинического обследования больной (оценки жалоб, осмотра, пальпации, перкуссии, наблюдения в динамике и т.д.). Окончательная диагностика данных повреждений возможна с высокой степенью достоверности при использовании общедоступных рентгенологических, лабораторных и специальных методов (пункция, УЗИ, лабораторные данные) исследования. Таким образом, у врачей КБ-1 была возможность

диагностировать полученные О. повреждения, в том числе переломы, правильно оценить тяжесть скелетной травмы, определить правильную тактику ведения и лечения больной на этапе обращения О.в приемный покой ГБ-1, вовремя госпитализировать больную в профильное отделение. 5. В условиях отсутствия первичных данных по оказанию медицинской помощи в период нахождения пострадавшей в ПДО КБ-1, куда О. была доставлена, согласно записи врача скорой помощи, 4.12.2009г. в 16 час.47 мин, экспертная комиссия, при оценке качества оказания медицинской помощи на данном этапе, может исходить из имеющегося факта отказа в госпитализации, тяжести имевшей место скелетной травмы, возможности диагностики повреждений у больной в эректильной фазе шока с помощью доступных клинико-лабораторных и рентгенологических методов. Исходя их указанных положений и с учетом имеющейся возможности диагностики скелетной травмы у О. в полном объеме, а также особенностей течения жировой эмболии (возможность светлого промежутка, наслоение на картину шока), отказ в госпитализации и недостаточно проведенный в ПДО объем обследования пострадавшей (не использованы доступные лабораторные, инструментальные, УЗИ методы исследования, неточное рентгенологические исследование), экспертная комиссия рассматривает эти недостатки как дефекты в оказании медицинской помощи. 110 Эталон № 5. 6. Сочетанная травма с переломами длинных трубчатых костей, массивным повреждением мягких тканей обеих нижних конечностей, множественными переломами ребер предполагает абсолютные показания к госпитализации в профильное отделение с обязательным дополнительным рентгенологическим, лабораторным исследованием, динамическим наблюдением врача, проведением, при необходимости, интенсивной терапии, а также специальных хирургических методов лечения ишемизированных и поврежденных мышечных массивов конечностей. Такие лечебно-диагностические мероприятия больной О. не были проведены, что свидетельствует о неправильных действиях врачей в данной ситуации. 1. Причиной смерти Е.Л.Н. явилась передозировка медикаментозных препаратов вследствие одновременного и сочетанного приема нескольких лекарств со сходным фармакологическим действием (содержащими кодеин (наркотический анальгетик), циклобарбитал (снотворное средство) и седуксен (транквилизатор) и алкоголя в токсической концентрации (кон дентрация алкоголя в крови 2,5 промилле, согласно акту судебно-химического исследования №147 от 01.02.2011г.), которые в совокупности и определили картину и исход медикаментозного отравления. Данный вывод подтверждается анамнезом (прием разных таблеток и больших доз алкоголя),

развивающейся клиникой угнетения центральной нервной системы (сонливость), наличием концентрации сверх доз кодеина в моче 38,5 мкг/мл, циклобарбитал а в крови в концентрации 48,1 мкг/мл, в стенке желудка 9,4мг%, в печени 7,0мг%, седуксена (реланиума, диазепама) в стенке желудка в концентрации 0,1 мг% (акт судебно-химического исследования № 147 от 01.02.2011г.), а также данными судебно-медицинского исследования трупа и результатами судебно-гистологического исследования. 2. Согласно карте вызова скорой медицинской помощи №535, первичный выезд скорой помощи по вызову был своевременным в 23час.20мин. 30.12.10г. Осмотр фельдшером больной Е. Л.Н. был произведен в полном объеме (оценка общего состояния, сознания, цвета кожных покровов, исследование основных параметров гемодинамики и дыхания, измерение температуры, исследование живота, оценка физиологических отправлений). Выставлен обоснованный анамнезом (указание на прием таблеток, наличие упаковок, сонливость, прием алкоголя) и объективными данными «догоспитальный» диагноз фельдшера: Хронический алкоголизм. Запойное состояние. Медикаментозное отравление под вопросом. Для первичной диагностики отравления и детоксикации выполнен доступный в этих условиях метод промывания желудка («стаканный» или «ресторанный» способ). Сделана соответствующая запись отказа от госпитализации. Таким образом, на момент осмотра Е.Л.Н. не было достоверной, объективной картины медикаментозного отравления. Состояние больной (ясное сознание, стабильная гемодинамика, возможность совершения активных действий в условиях алкогольного опьянения) позволяло 111 предположить только факт приема лекарственных препаратов, обладающих снотворным или седативным эффектом. Отсутствие убедительных объективных данных, характеризующих факт приема больших доз медикаментов (картины медикаментозного отравления), отсутствие таблеток в промывных водах, стабильное состояние больной, в совокупности с данными анамнеза (принимала лечение препаратами со снотворным и седативным эффектом) и невозможностью оценки сочетанного токсического эффекта алкоголя и обычных доз нескольких, однонаправленных по фармакологическому эффекту, лекарственных препаратов, позволяют сделать вывод о том, что действия фельдшера в этой ситуации были последовательны, обоснованы объективными данными и не противоречат выставленному предварительному диагнозу-медикаментозное отравление под вопросом. Дальнейшие действия фельдшера также обоснованы не зависящими от него обстоятельствами, а именно, отказом больной от госпитализации, что зафиксировано в карте вызова. Для использование в этой ситуации более

активной тактики ведения больной (вызов реанимационной бригады энтеральная или парэнтеральная активная детоксикация) не было абсолютных медицинских показаний.

Эталон № 6. 3. Неблагоприятный исход в случае с Е.Л.Н. обусловлен приемом нескольких медикаментозных препаратов, обладающих сходным по воздействию на центральную нервную систему фармакологическим эффектом, который был усилен действием алкоголя до уровня токсической дозы, что, при отсутствии существенных дефектов в действиях фельдшера, отказа от госпитализации, наличии свидетельских показаний о возможности дополнительного приема таблеток после ухода фельдшера, исключает причинно-следственную связь наступившего неблагоприятного исхода с характером диагностики и действиями фельдшера. 1. Учитывая особенности повреждений на ладонной поверхности руки – западающие кратерообразные углубления с приподнятыми краями по периферии в совокупности с обстоятельствами полагаю, что причиной смерти явилась электротравма. 2. Отсутствие трупного окоченения при наличии хорошо выраженной идеомускулярной опухоли и результаты глубокой термометрии печени есть основание считать, что давность наступления смерти на момент обнаружения в пределах 0,5 до 1,5 часов. 3. При экспертизе трупа обнаружено повреждение в виде ссадины на лице. 4. Повреждение возникло от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого в связи с отсутствием специфических признаков не представляется возможным. Темно-красное дно ссадины свидетельствует, что она возникла прижизненно, незадолго до наступления смерти. 112 5. Повреждение расценивается как не причинившее вред здоровью человека, согласно медицинских критериев (194н) п.9.

Эталон № 7.

1. Обнаружение в тампоне с влагалищным содержимым гражданки Я. сперматозоидов свидетельствует в пользу полового акта. 2. Особенности девственной плевы – кольцевидная, низкая (высотой 0,3-0,4 см) допускает совершение полового акта за ее пределы без нарушения, указанный вывод подтверждается отсутствием кольца сокращения плевы. 3. Венерических заболеваний, согласно данным консультации, у гражданки Я. не выявлено. 4. Обнаружены телесные повреждения в виде кровоподтеков и ссадины в области шеи. 5. Повреждения возникли от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого не представляется возможным. Красный цвет кровоподтеков и ссадина с западающим дном,

возникли незадолго до освидетельствования, что не противоречит обстоятельствам дела. Ссадина и кровоподтеки у гражданки Я. расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека, согласно медицинских критериев (194н) п.9.

Эталон № 8.

1. В тампонах из половых путей гр. М. обнаружены сперматозоиды, что свидетельствует в пользу полового акта.

2. Выемка на девственной плеве соответственно 6 часам циферблата доходящая до основания плевы с несовпадающими краями, кровоточащими при дотрагивании стеклянной палочкой является разрывом. Наличие разрыва на девственной плеве свидетельствует о том, что она нарушена; указанный вывод подтверждается так же отсутствием кольца сокращения.

3. Венерических заболеваний, согласно данным консультации специалиста, не обнаружено.

4. При экспертизе обнаружено на лице повреждение в виде кровоподтека. Это повреждение возникло от действия твердого, тупого предмета (предметов) высказаться о свойствах которого не представляется возможным в связи с отсутствием специфических признаков. Багрово-синий цвет кровоподтека свидетельствует о давности возникновения в пределах 1-3 суток на момент освидетельствования.

5. Это повреждение, согласно медицинских критериев п.9, расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

Эталон № 9.

1. При судебно-биологическом исследовании в тампонах из половых путей гр-ки М сперматозоидов не обнаружено. 2. Выемки на девственной плеве соответственно 5 и 7 часам циферблата, доходящие до основания плевы с несовпадающими при складывании краями, кровоточащими при дотрагивании стеклянной палочкой по своей характеристике являются разрывами. В связи с изложенным, есть основания утверждать, что девственная плева нарушена. Указанный вывод подтверждается отсутствием кольца сокращения плевы. 3. Согласно данным консультации дермато-венеролога, данных за венерические заболевания не выявлено. 4. Выявлены повреждения в виде кровоподтеков на лице и бедре. Эти повреждения возникли от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого в связи с отсутствием специфических признаков не

предоставляется возможным. Синий цвет кровоподтеков указывает на давность возникновения в пределах 1-3 суток к моменту обращения. 5. Эти повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, согласно медицинских критериев (194н) п.9 расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

Эталон № 10.

1. Обнаруженные при экспертизе трупа гражданина П., 44 лет, признаки: стойкая мелкопузырчатая пена в просвете отверстий рта и носа, дыхательных путей, кровоизлияния под легочную плевру (пятна Рассказова-Лукомского), наличие створок диатомового планктона в пазухе основной кости, а также в минерализатах почки дают основания утверждать, что смерть наступила в результате механической асфиксии от закрытия просвета дыхательных путей жидкостью при утоплении в воде. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков асфиктической смерти: обильные, разлитые, интенсивно окрашенные трупные пятна, цианоз кожных покровов лица и шеи, мелкоточечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, темная жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах, венозное полнокровие внутренних органов, субплевральные и субэпикардиальные кровоизлияния.

2. При судебно-медицинской экспертизе трупа повреждений не обнаружено.

3. Каких-либо болезненных изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

4. Согласно данным судебно-химического исследования в крови обнаружен этиловый алкоголь в концентрации 1,8 промилле, в моче - 0,9 промилле, данная концентрация алкоголя в крови у живых лиц обычно соответствуют средней степени алкогольного опьянения, к причине смерти отношения не имеет.

5. Учитывая данные на момент обнаружения трупа: на ощупь холодный; трупное окоченение слабо выражено во всех группах мышц, трупные пятна при дозированном давлении исчезают, восстанавливают цвет через 2 минуты, внутрипеченочная температура 34°С, идиомускулярная опухоль в виде валика, есть основания считать, что давность наступления смерти на момент осмотра трупа составляла 3,5-6,5 часов.